



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

KARINE DAVID ANDRADE SANTOS

**ASSÉDIO MORAL E AUTOCUIDADO NO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA A
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Setembro, 2018
São Cristóvão/SE

KARINE DAVID ANDRADE SANTOS

**ASSÉDIO MORAL E AUTOCUIDADO NO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA A
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada para fins de Qualificação ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Sociais e Relações Intergrupais.

Orientador: Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva.

Setembro, 2018
São Cristóvão/SE

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da discente Karine David Andrade Santos, **intitulada: Assédio Moral e Autocuidado em Profissionais da Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher**, defendida em 17/09/2018, pela banca examinadora composta pelos professores.

Profº. Drº. Joilson Pereira da Silva

(Orientador)

Profº. Drº. Marcelo Almeida Ferreri

(Membro Interno – Universidade Federal de Sergipe)

Profª. Drª. Leonor María Cantera Espinosa

(Membro Externo – Universitat Autònoma de Barcelona)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação as todas as participantes deste estudo que permitiram o acesso a suas histórias de vida cujas narrativas fazem eco na vida de muitas mulheres ainda subjugadas pelo sistema machista e patriarcal.

AGRADECIMENTOS

Elaborar este estudo foi uma oportunidade de adentrar em espaços de trabalho ocupados por mulheres cuja realidade não diverge da relatada por outras tantas profissionais que atravessam os mesmos obstáculos e estão mergulhadas em um oceano de restrições ditados por uma sociedade patriarcal e machista. Assim, por meio dos resultados trazidos nesta pesquisa, adotei o papel de dar voz, conteúdo e visibilidade para antigos papéis e cenários que hoje estão camuflados em uma nova roupagem.

Para que este feito fosse concretizado, foram necessários o apoio, o aconchego, a palavra amiga e a mão estendida de pessoas que caminharam esta trajetória intensa e de significativo trabalho ao meu lado.

Agradeço a imensa energia do Universo que guiou meus passos, iluminou os momentos mais difíceis, aplacou minhas angústias, aclarou as minhas dúvidas e incertezas, emanou boas energias e me supriu de força nos piores momentos.

Minha gratidão ao meu marido Raimundo que é um companheiro incansável há quase 18 anos de união. Muito obrigado pela almofada na cadeira quando minhas costas doíam pela digitação no computador e ao café com pão de queijo nos momentos de maior cansaço, por encaminhar muitas tarefas da nossa rotina devido a minha dedicação a este trabalho, por cuidar de mim quando as energias sucumbiam e por não permitir que os vários problemas surgidos ao longo deste mestrado desaquecessem meu foco e minha força para dar continuidade. Este trabalho também é seu!

Agradeço a minha mãe Solange que sempre apostou na minha capacidade, vibra por cada pequena e grande conquista que tenho e torce para que eu alcance meus anseios e sonhos. Obrigada pelas suas tentativas de aplacar minhas angústias e preocupações com sua saúde para que isto não se tornasse um empecilho na minha caminhada do mestrado. Saiba que acompanhar

este momento da sua vida foi uma grande lição para mim pois, fortaleceu a minha certeza de que devemos ter uma vida plena de sentido dada a brevidade da nossa passagem por este plano. Minha gratidão não só por isso, mas todos os sacrifícios pessoais ao longo da sua vida para que eu pudesse ter uma educação de qualidade e uma vida digna. Amo você!

Também agradeço ao meu irmão Gugu e família que escutou minhas reclamações e meus percalços, acompanhou minha caminhada e se preocupava com o meu ritmo frenético de trabalho e estudos. Mesmo com seu jeito calado e taciturno, sei que estamos em sintonia e apoiando um ao outro.

Minha gratidão ao meu orientador Joilson que ofereceu esta oportunidade de pesquisa, acolheu minhas dúvidas, me chamou para a realidade nos momentos necessários, compartilhou conhecimentos e experiências de vida, respeitou meus momentos e travessias tempestuosas ao longo deste mestrado, pelo incentivo constante, pela paciência e pela condução segura, humana e sensível na elaboração deste estudo. Obrigado por ensinar que transmitir conhecimento é uma atividade de troca e aprimoramento do ser humano!

Obrigada a professora Leonor Cantera e Alícia Perez Tarrés pela oportunidade em construir uma pesquisa transcultural, pelo acolhimento, pontualidade e generosidade durante as nossas comunicações, pelo apoio e compartilhamento de dúvidas, conhecimentos e experiências e, principalmente, pelo leve e agradável tecer desta obra conjunta.

Obrigado a Inah, Edjane e Dálete, amigas e companheiras de trabalho, aos demais colegas de trabalho na Petrobrás, aos meus amigos de profissão e de vida, Cris, Bruno e Luana e a minha amiga e médica Dra Marleine que, mesmo em outro Estado agora, cuida dos sete amores da minha vida em forma de gatos. Vocês foram pessoas fundamentais que entenderam minhas ausências, vibraram comigo ao longo desta caminhada e criaram momentos lúdicos e de lazer nas horas mais oportunas. Também não poderia esquecer de meus colegas de caminhada de mestrado e de orientação, Alana, Valéria e Fábio pelo apoio, troca e torcida ao longo desta

caminhada. Agradeço pela oportunidade de compartilhar esta experiência de vida, pela companhia constante nesta estrada acadêmica e por conhecer pessoas tão inteligentes e humanas! Esta construção também tem as marcas de nossos encontros em diferentes oportunidades.

Por fim, para aqueles que não mencionei, também deixo aqui meu muito OBRIGADO!

RESUMO

A atividade de assistência a vítimas de violência contra a mulher suscita um leque de emoções nos trabalhadores desta área cujos desdobramentos podem ocasionar a reprodução das relações violentas assistidas através do assédio moral entre os membros da equipe e o adoecimento em níveis individual e grupal. Para minimizar estes impactos e preservar a saúde destes profissionais, o autocuidado é apontado como ferramenta fundamental para esta finalidade. Assim, a presente investigação aborda o assédio moral no trabalho e a saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher, um intento que se estendeu em descrever as práticas de assédio moral no trabalho, retratar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelos participantes em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Para alcançar estes objetivos, foram desenvolvidos sete capítulos apresentados em forma de artigos. Assim, o Capítulo 1 empreendeu uma análise conceitual sobre assédio moral no trabalho, autocuidado e discutiu a vulnerabilidade destes profissionais promovida pelo Estado alicerçado em bases econômicas neoliberais. No Capítulo 2, foi desenvolvida uma revisão sistemática sobre adoecimento e o autocuidado em profissionais da assistência a vítimas de violência através da busca destas temáticas em três bancos de dados: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo*. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, foram recolhidos 41 artigos para análise cujos resultados apontam para necessidade de produções direcionadas para os fatores que facilitam e dificultam o cuidado de si destes profissionais. O Capítulo 3 teve o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher. Para tal feito, doze profissionais (duas educadoras, cinco assistentes sociais, três psicólogas e duas advogadas) de quatro centros de atendimento a vítimas de violência contra a mulher da cidade de Aracaju e interior de Sergipe, foram submetidos a um roteiro de entrevista com perguntas sobre os aspectos em questão.

Através do uso do software *Iramuteq*, os achados apontaram para a limitação do autocuidado individual aos espaços familiares, os obstáculos no desvelo com a saúde física e a ausência pelas participantes e insuficiência do autocuidado em âmbito institucional. Ainda com este mesmo público, métodos de estudo e com o uso da análise de conteúdo, foi elaborado o Capítulo 4 que objetivou descrever o assédio moral no trabalho vivenciado por profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher. Os dados indicaram que as participantes estão sujeitas a desvalorização, difamação e intimidação que se materializam em situações específicas de suas atividades laborativas por parte dos superiores hierárquicos, ocasionando consequências para a saúde física, mental e, principalmente, na motivação para o trabalho dos assediados. Esta produção revelou a importância da implementação de estratégias preventivas e interventivas voltadas para o assédio moral nestes espaços de trabalho. Já o Capítulo 5, também empreendido com os mesmos participantes, métodos e com o uso do software *Iramuteq*, teve como finalidade descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Os resultados traçaram um quadro de exposição a conflitos e relações de trabalho violentas, a condições de trabalho precárias, a uma dinâmica institucional personalista e a dificuldades para seguimento e acompanhamento dos casos atendidos. Tais constatações reforçam a necessidade do fortalecimento do sistema de políticas públicas. Por sua vez, o Capítulo 6 foi construído com o mesmo objetivo da seção anterior e foi operacionalizado através da aplicação de um roteiro de entrevista com 10 profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher de associações públicas e privadas na Espanha cujas informações recolhidas foram analisadas pelo método informático *Iramuteq*. Nesta investigação, foram constatados que as pesquisadas estão expostas a condições de trabalho precarizadas, encontrados indícios de adoecimento pela aproximação com a realidade atendida e os esforços de autocuidado pessoal através da

psicoterapia individual, uma insuficiência e inexistência de autocuidado institucional e indícios da presença de relações violentas no trabalho. Por fim, o Capítulo 7 foi elaborado através de um comparativo entre os resultados extraídos das pesquisas realizadas entre Brasil e Espanha cujos apontamentos se direcionam para semelhanças no tocante a experiência subjetiva e um distanciamento nas características de autocuidado empreendidas por profissionais brasileiras e espanholas. Estes resultados sinalizam para a importância da efetivação dos programas de autocuidado vigentes e de elaboração de propostas de cuidar da equipe profissional que leve em consideração as particularidades sociais, econômicas e culturais dos locais de intervenção.

Palavras-Chave: Trabalho Social; Riscos Ocupacionais; Autocuidado.

ABSTRACT

The activity of assisting victims of violence against women raises a range of emotions in the workers in this area whose consequences may lead to the reproduction of the violent relations assisted through the bullying between the members of the team and the illness at the individual and group levels. To minimize these impacts and preserve the health of these professionals, self-care is pointed out as a fundamental tool for this purpose. Thus, the present investigation addresses workplace harassment and the health of professionals in the care of victims of violence against women, an attempt that was extended in describing the practices of bullying at work, portraying the experience of serving women victims of violence. violence and observe the self-care practices exercised by participants at personal, professional, collective and institutional levels. To achieve these objectives, seven chapters have been developed in the form of articles. Thus, Chapter 1 undertook a conceptual analysis on workplace harassment, self-care and discussed the vulnerability of these professionals promoted by the State based on neoliberal economic bases. In Chapter 2, a systematic review on illness and self-care was developed in professionals assisting victims of violence through the search of these themes in three databases: *IndexPsi*, *Scielo* and *PsycInfo*. After applying the inclusion and exclusion criteria, 41 articles were collected for analysis, whose results point to the need for productions directed at the factors that facilitate and hinder the care of these professionals. Chapter 3 had the objective of verifying self-care practices at the individual, group, collective and institutional levels carried out by professionals of assistance to victims of violence against women. To that end, twelve professionals (two educators, five social workers, three psychologists and two lawyers) from four centers of assistance to victims of violence against women in the city of Aracaju and in the interior of Sergipe were submitted to an interview script with questions about the aspects in question. Through the use of the Iramuteq software, the findings pointed to the limitation of individual self-care to family spaces, obstacles to physical health care and absence

of participants, and insufficient self-care in the institutional setting. Also with this same public, methods of study and with the use of content analysis, the chapter 4 was elaborated that aimed to describe the moral harassment in the work experienced by professionals of assistance to victims of violence against women. The data indicated that the participants are subject to devaluation, defamation and intimidation that materialize in specific situations of their work activities by the hierarchical superiors causing consequences for the physical, mental health and, mainly, the motivation for the work of the harassed ones. This production revealed the importance of implementing preventive and intervention strategies aimed at bullying in these workspaces. Chapter 5, which was also carried out with the same participants, methods and the use of the *Iramuteq* software, aimed to describe the working conditions, to investigate the experience of attending to women victims of violence and to observe the self-care practices practiced by the professional group at the personal, professional, collective and institutional levels. The results provided a framework for exposure to violent conflicts and working relationships, poor working conditions, a personalistic institutional dynamics and difficulties for follow-up and follow-up of the cases served. These findings reinforce the need to strengthen the public policy system. In turn, Chapter 6 was built with the same objective as the previous section and was implemented through the application of an interview script with 10 professionals of assistance to victims of violence against women from public and private associations in Spain whose information was collected analyzed by the computer method *Iramuteq*. In this investigation, the researchers were found to be exposed to precarious working conditions, signs of illness due to the approximation to the reality served and the efforts of personal self-care through individual psychotherapy, an insufficiency and lack of institutional self-care and evidence of the presence of relationships violent at work. Finally, Chapter 7 was elaborated through a comparison between the results extracted from the researches carried out between Brazil and Spain whose notes are directed towards similarities

in relation to subjective experience and a distancing in the characteristics of self-care undertaken by Brazilian and Spanish professionals. These results point to the importance of effective self - care programs and the preparation of proposals to take care of the professional team that takes into account the social, economic and cultural characteristics of the intervention sites.

Keywords: Social Work; Occupational Risks; Self-Care.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XVII
-APRESENTAÇÃO-	19
Referências.....	24
-CAPÍTULO 1- A SAÚDE DO PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO	26
Introdução.....	26
O trabalho de atendimento a mulheres vítimas de violência.....	28
Considerações Finais.....	36
Referências	37
-CAPÍTULO 2- A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	41
Resumo.....	41
Abstract	42
Resumen	43
Método.....	49
Resultados e Discussão	52
Considerações Finais.....	67
Referências	68
-CAPÍTULO 3- CAMINHOS DIVIDIDOS: AUTOCUIDADO DAS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	76
Resumo.....	76
Introdução.....	76
Autocuidado no trabalho dos profissionais de assistência a vítimas de violência	78
Metodologia.....	82
Resultados e Discussão	83
Considerações Finais.....	97
Referências	99
-CAPÍTULO 4- MORAL HARASSMENT AT WORK OF CARE PROFESSIONALS FOR VICTIMS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN	104

Abstract	104
Introduction	106
Method.....	110
Results and discussion.....	111
Conclusion.....	125
Bibliographic References	127
-CAPÍTULO 5- A INVISIBILIDADE DAS MULHERES QUE CUIDAM DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: ENTRE VOZES E LUGARES	129
Resumo	129
Abstract	129
Introdução.....	129
O trabalho do profissional de assistência a mulheres vítimas de violência.....	130
Metodologia.....	134
Resultados e Discussão	134
Conclusão	145
Referências Bibliográficas	148
-CAPÍTULO 6 - ROTAS E COLISÕES NO TRABALHO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ESPANHA	151
Resumo	152
Abstract	153
Método.....	159
Amostra	159
Instrumento e Procedimentos	159
Análise de Dados.....	160
Resultados e Discussão	160
Conclusão	184
Referências Bibliográficas	187
-CAPÍTULO 7- O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESPANHA.	151
Resumo	129
Abstract	129
Método.....	134
Resultados	134

Discussão.....	200
Considerações Finais.....	145
Referências	207
COMENTÁRIOS FINAIS.....	211
ANEXOS/ APÊNDICES	219
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	221
Apêndice A – Roteiro de Entrevista dos Estudos 3, 4 e 5.....	222
Apêndice B – Roteiro de Entrevista dos Estudo 6.....	226
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	228

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

CAPÍTULO 2 - A Saúde dos Profissionais de Assistência a vítimas de violência: uma revisão sistemática.

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca dos artigos.....51

CAPÍTULO 3 - Caminhos Divididos: Autocuidado das Profissionais da Assistência a vítimas contra a mulher

Figura 1 - Corpus Autocuidado dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher.....84

CAPÍTULO 5 - A Invisibilidade das Mulheres que cuidam de mulheres vítimas de violência: entre vozes e lugares

Figura 1 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher”.....135

CAPÍTULO 6 - Rotas e Colisões no Trabalho de Atendimento a Vítimas de Violência contra a Mulher na Espanha.

Figura 1 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher”.....162

CAPÍTULO 7 - O Trabalho dos Profissionais de Assistência a Mulheres Vítimas de Violência: um estudo comparativo entre Brasil e Espanha.

Figura 1 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher no Brasil”.....199

Figura 2 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher na Espanha”.....200

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

APA - American Psychological Association

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CREAM - Centros de Referência de Atendimento à Mulher

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher

INDEXPSI – Index Psi Periódicos

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

OBSERVE - Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha.

ONU – Organização das Nações Unidas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAB - Universitat Autònoma de Barcelona

UCI – Unidades de Contexto Iniciais

UFS - Universidade Federal de Sergipe

VIPAT - Violencia en la Pareja y en el Trabajo

-APRESENTAÇÃO-

O trabalho é um eixo de grande significado para vida do ser humano, costuma consumir a maior parte do seu tempo e isto se repete e prossegue ao longo dos anos. Este elemento da vida humana não pode ser compreendido como algo natural e sem um contexto histórico. Trata-se de uma instância repleta de subjetividade, situada em um contexto econômico, político e social, que leva os indivíduos a terem diferentes vivências (Ribeiro & Léda, 2004).

Neste sentido, ser profissional de atendimento da assistência a vítimas de violência contra a mulher constitui uma experiência subjetiva dinamizada por uma gama de sentimentos e emoções como a impotência e frustração diante dos relatos de agressão acolhidos. Isto porque o fenômeno da violência costuma ser uma circunstância ocultada e negada que provoca terror tanto nos alvos desta prática, como nos profissionais deste tipo de prestação de serviço que têm a empatia como via de acesso para a compreensão dos casos atendidos e um risco de adoecimento físico e mental para estes trabalhadores (Ginés & Barbosa, 2010).

Os prejuízos ocasionados à saúde física psíquica pelo exercício deste tipo de atividade são representados, principalmente, pelo transtorno de estresse secundário, *burnout* e traumatização vicária. Além destas implicações em nível individual, a violência assistida pode propiciar a traumatização das equipes que, por sua vez, desemboca na reprodução do fenômeno violento entre os membros de um conjunto de trabalhadores (Svigilsky, 2016). Com isso, o assédio moral no trabalho ganha espaço nestes ambientes laborais como documentada por pesquisa de Quiñones, Cantera e Ocampo (2013). Dentro deste contexto, cabe destacar que os trabalhadores desta área estão expostos a conformação da atividade laborativa aos ditames do processo de acumulação capitalista como detectados nos discursos de trabalhadores da área saúde (Castro, 2016).

Por outro lado, como mecanismo para preservar a saúde deste agrupamento de trabalhadores, o autocuidado emerge como mecanismo de minimização dos riscos

ocupacionais. Este conceito é entendido por condutas e atividades cotidianas de desvelo com a saúde, que são realizadas por um indivíduo, família ou grupo. Tais atividades são aprendidas, ao longo da vida, e são desenvolvidas implementadas por livre decisão com a finalidade de fortalecer e restabelecer a saúde bem como de prevenir doenças (Correa, 2003). A aplicação desta ferramenta no âmbito do atendimento a vítimas de violência contra a mulher se desenvolve nos seguintes eixos: individual e grupal que, por sua vez, se reparte em instituição, grupo e rede profissional (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014).

Assim, diante das considerações traçadas acima, este trabalho se apresenta como uma fonte de recursos para a construção de estratégias preventivas e interventivas em assédio e autocuidado neste tipo de contexto pesquisado. Esta relevância acadêmica descrita acima também contribuirá socialmente não só por trazer visibilidade para duas questões caracterizadas pela negligência e desconsideração por parte de gestores e pares do trabalho, como também por apresentar os elementos responsáveis pela ocorrência do assédio neste local de trabalho, os contextos facilitadores ou entraves para a prática do autocuidado por estes profissionais. Estes aspectos proporcionam impactos na qualidade das relações profissionais e efeitos deletérios na saúde dos profissionais.

Além disso, esta construção também se assentou no interesse pessoal despertado após a prática profissional de atendimento psicológico clínico de agressores e vítimas de violência doméstica por esta autora que experimentou a mobilização emocional causada pelo contato com esta realidade violenta.

Dentro desta compreensão, esta composição se dirigiu pelo caminho de encontrar respostas aos seguintes questionamentos: Quais são as práticas de assédio moral e os impactos na saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher? Como é a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência? Existem práticas de autocuidado destes profissionais em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional? E tendo em vista

o cenário dos assuntos abordados, esta criação é balizada pelas seguintes questões norteadoras: os profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher estão expostos a práticas de assédio moral descendente? A experiência de atendimento a vítimas de violência contra a mulher suscita impotência, frustração e tristeza? As ações de autocuidado destes trabalhadores são realizadas somente em nível pessoal?

Desta forma, o objetivo principal deste trabalho foi investigar o assédio moral no trabalho e a saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher. Para ao exercício desta citada finalidade, os objetivos específicos se organizaram da seguinte maneira: descrever as práticas de assédio moral no trabalho, retratar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelos participantes em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Para alcançar estes objetivos, [foram desenvolvidos sete capítulos em forma de artigos](#).

Assim, para uma investigação mais profunda das temáticas estudadas, o capítulo 1 traça uma análise conceitual sobre os impactos na saúde dos profissionais e na equipe decorrentes do exercício da atividade de atendimento a vítimas de violência, explicitar o papel do autocuidado como recurso de prevenção de doenças e preservação da saúde destes trabalhadores e discutir a vulnerabilidade destes profissionais promovida pelo Estado alicerçado em bases econômicas neoliberais.

Por sua vez, o capítulo 2 é composto por uma revisão sistemática acerca do adoecimento e autocuidado neste conjunto de trabalhadores através de uma busca na seguinte nas bases de dados: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo* no período de maio de 2018 a junho de 2018. Após submissão a critérios de inclusão e exclusão específicos, foram localizados 41 artigos, de maneira que os seguintes temas perpassavam estas produções analisadas: formas de adoecimento e suas consequências, fatores de risco e proteção para o adoecimento e o autocuidado para os trabalhadores da assistência a vítimas de violência. Após esta análise, foi

identificado que há necessidade de produções direcionadas para os fatores que facilitam e dificultam o cuidado de si destes profissionais.

Já o capítulo 3 descreve as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher de 12 profissionais em quatro centro de atendimentos a vítimas de violência contra a violência na cidade de Aracaju e interior de Sergipe através da aplicação de roteiro de entrevista com questões abertas sobre esta temática. O público pesquisado foi constituído por duas educadoras sociais, cinco assistentes sociais, três psicólogas e duas advogadas distribuídas entre CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), 2 CRAMs (Centros de Referência de Atendimento à Mulher) do interior de Sergipe e a DEAM (Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher) situada na DAGV (Delegacia de Atendimento a Grupos Vulneráveis) da cidade de Aracaju. A maioria das participantes tinham por volta de 35 anos de idade, possuíam graduação sendo que duas tinham pós-graduação *lato sensu* em suas respectivas áreas de atuação e se encontravam neste tipo de prestação de serviço há 3 anos, em média. Em relação ao estado civil, oito profissionais eram casadas, duas eram solteiras, uma era divorciada e uma estava em união estável de maneira que boa parte das pesquisadas em união conjugal conviviam com seus maridos e filhos e as solteiras e divorciada moravam na casa dos pais.

Os resultados indicaram que as pesquisadas reconhecem seus espaços de apoio social, uma modalidade de autocuidado individual, em seus ambientes familiares, os prejuízos causados em nível coletivo e institucional da presença de um Estado distanciado das questões públicas, e apontam para os conflitos e dificuldades de delimitação do papel do profissional da psicologia na área da assistência social.

Na sequência, este trabalho adentra na questão do assédio moral no capítulo 4, elaborado no idioma inglês, que objetivou descrever esta prática violenta no trabalho vivenciada pelo

público pesquisado na investigação anterior. Os achados demonstraram que os profissionais vivenciavam a desvalorização, difamação e intimidação que se materializavam na execução das tarefas, horário de entrada e saída do trabalho, reuniões formais e informais, tomada de decisões e captação de recursos para as atividades do trabalho. Estas condutas abusivas eram efetuadas pelos superiores hierárquicos e ocasionaram consequências para a saúde física, mental e, principalmente, na motivação para o trabalho dos assediados.

Já outro capítulo 5, resultado da parceria estabelecida entre uma pesquisa de doutorado do instituto VIPAT (*Violencia em la Pareja y em el Trabajo*) da Universitat Autònoma de Barcelona encaminhada por Alicia Perez Tarrés e sob orientação da Professora Leonor María Cantera Espinosa, teve como alvo o mesmo público investigado acima. Ele apresentou como finalidades: descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Foram constatados que estes profissionais estão expostos a conflitos e relações de trabalho violentas, a condições de trabalho precárias, a uma dinâmica institucional personalista e a dificuldades para seguimento e acompanhamento dos casos atendidos.

O capítulo 6 também foi resultado deste empreendimento conjunto e foi realizado com 10 profissionais da assistência vítimas de violência contra a mulher em diferentes centros de atendimento de associações públicas e privadas na Espanha. Os resultados desta investigação traçaram uma realidade marcada pela exposição a condições de trabalho precarizadas, por indícios de adoecimento pela aproximação com a realidade atendida, pelos esforços de autocuidado pessoal através da psicoterapia individual, a insuficiência e inexistência de autocuidado institucional e por sinais da presença de relações violentas no trabalho.

Por fim, o capítulo 7 é uma construção comparativa das investigações realizadas no Brasil e na Espanha com 22 sujeitos da atividade de assistência a vítimas de violência contra a

mulher cujos achados apontam para semelhanças entre profissionais brasileiras e espanholas no tocante a mobilização emocional diante dos casos atendidos e na vivência de conflitos, relações violentas e adoecedoras em razão de estruturas hierárquicas rígidas que não observam riscos inerentes a atividade de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. Em contrapartida, são detectadas diferenças nas ações de autocuidado individual entre as pesquisadas do Brasil e da Espanha.

Assim, os capítulos em questão identificaram que os profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher estão expostos a condições adoecedoras como a precarização do trabalho, a insuficiência de recursos materiais e humanos, a exposição de relações violentas e a possíveis consequências negativas para a saúde física e mental seja pela aproximação com a realidade atendida, seja como implicação do assédio moral no trabalho. Além disso, foram verificados como questões socioculturais modelam as formas de autocuidado destes profissionais nos contextos brasileiro e espanhol assim como, revelam a falta de atenção com o desvelo com a saúde destes trabalhadores devido a presença de uma Estado neoliberal.

Esta dissertação está organizada em sete capítulos. Além disso, destaca-se que a formatação destes sete capítulos foi moldada, de acordo com as normas de publicação exigidas pelos periódicos científicos submetidos. Assim, o capítulo 1 segue as normas da ABNT, o capítulo 2 e o capítulo 3 seguiram as regras de formatação da American Psychological Association (APA). O capítulo 4 também obedece os parâmetros normativos da 6ª edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA) assim como os capítulos 5, 6 e 7. Esta dissertação é encerrada com o item Comentários Finais.

Referências

Castro, D.C. (2016). O Trabalho em Saúde Coletiva no Contexto da Reestruturação Produtiva: Precarização, Conflitos e Subjetivação. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil.

Recuperado

de

<https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/5923/1/DANIELE_CARVALHO_CASTRO.pdf>

Correa, O. T. (2003). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. *Hacia la promocion de la salud*, (8)1, 38-50. Recuperado de < <http://www.fisac.org.mx/AUTICUIDADO.pdf>>.

Ginés, O., & Barbosa, E. C. (2010). Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12(2-3), 297-313. Recuperado de http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf

Quiñones, P., Cantera, L.M., & Ocampo, C.L.O. (2013). La violència relacional em contextos laborales que trabajan contra la violència. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (pp. 135-155). Barcelona: Amentia Editorial.

Ribeiro, C. V. dos S. & Léda, D. B. (2004). O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 4(2), 76-83. Recuperado de < <http://www.revispsi.uerj.br/v4n2/artigos/ARTIGO5V4N2.pdf>>

Sepúlveda, K. H. Maleš, P. J., & San Martín, M. M. (2014). Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado, Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Recuperado de <<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>>.

Svigilsky, A.M.A. (2016). Cuidar a los que trabajan: climas laborales tóxicos y nutritivos. *XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago: Chile. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/FE7787B8E9EEBF22052580B200821538/\\$FILE/aron.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/FE7787B8E9EEBF22052580B200821538/$FILE/aron.pdf)

-CAPÍTULO 1-

A SAÚDE DO PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO

Resumo: O presente artigo objetiva apresentar os impactos na saúde dos profissionais e na equipe decorrentes do exercício da atividade de atendimento a vítimas de violência, explicitar o papel do autocuidado como recurso de prevenção de doenças e preservação da saúde destes trabalhadores e discutir a vulnerabilidade destes profissionais promovida pelo Estado alicerçado em bases econômicas neoliberais. Para tal feito, o texto detalha os riscos ocupacionais envolvidos no exercício desta atividade, a emergência do assédio moral no trabalho nestes ambientes e como o autocuidado se torna um recurso de prevenção ao adoecimento e a violência nestes locais. Também aponta para o papel do Estado como agente de promoção de vulnerabilidade para estes profissionais ao adotar uma postura neoliberal de nenhuma ou insuficiente atenção à saúde destes trabalhadores. Com isso, o atendimento das pautas reivindicatórias do sistema de políticas públicas é um dos caminhos de enfrentamento desta realidade.

Palavras-chaves: Profissionais da assistência a mulheres vítimas de violência; Condições de trabalho; Autocuidado.

Introdução

A violência contra a mulher, conforme postulado pela Convenção de Belém do Pará (1995), é caracterizada por qualquer conduta, de ação ou omissão, calcada pelo gênero que ocasione morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para a mulher. É um fenômeno social espalhado em diferentes espaços públicos e privados cuja visibilidade tem se ampliado devido ao crescente número de denúncias ocorridas nas últimas décadas em muitas partes do mundo (JESUS, 2015).

O emergir deste tipo de ocorrência também se alinha com o progressivo entendimento por parte de diversos atores sociais de que se trata de um tipo de prática que não pode ser compreendida como uma circunstância natural, nem confinada e silenciada em nível privado. Deste modo, os alvos deste tipo de agressão ganharam medidas de proteção e prevenção através da efetivação de medidas jurídicas. Na realidade brasileira, este desdobramento se materializa pela presença do país como signatário da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Para realizar as obrigações firmadas neste documento, foi

criada a Lei nº 11.340 ou Lei Maria da Penha em 2006. É uma via de promoção da igualdade ao entendê-la que seu valor está inscrito no idêntico e verdadeiro reconhecimento dos diferentes seres humanos e suas identidades (FERRAJOLI, 1999).

Este arcabouço legal define as formas de violência contra a mulher, as medidas preventivas e protetivas, os tipos de assistência à mulher em situações de violência desta natureza ou familiar e as ações a serem empreendidas pela autoridade policial (BRASIL, 2006). Como um recurso para constituir princípios, diretrizes, conceitos e ações para os atores institucionais imersos, também foi elaborada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011). Esta referência explicita a rede de atendimento para os casos de violência contra a mulher que, dentre os serviços listados para este fim, estão os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CREAMs), as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

Diante das constatações esboçadas acima, o Brasil detém uma estrutura jurídica que delimita e dispõe as atribuições e competências das diferentes instituições envolvidas na prestação de atendimento a casos de violência contra a mulher. Por outro lado, o profissional incumbido desta tarefa de escutar e acolher esta realidade está sujeito a um conjunto de elementos, que podem levar ao adoecimento não só deste trabalhador, como de toda equipe profissional destes locais.

Neste contexto de atendimento a alvos de violência contra a mulher, o profissional destes serviços experiencia, na aproximação com as agressões narradas pelas assistidas, sentimentos de desmotivação, impotência, raiva, irritação, culpa, pena e angústia (PENSO et al, 2010). Estas vivências são portas de entrada para uma trajetória de adoecimento individual como a ocorrência de estresse traumático secundário e *burnout*, bem como para a reprodução das relações violentas dentro da equipe laboral através da emergência de práticas de assédio moral. Para minimizar estes riscos ocupacionais, o autocuidado, desde uma perspectiva pessoal até institucional, é apontado como uma fonte de preservação da saúde e prevenção de doenças para este conjunto de trabalhadores (ARENAS-MONREAL; JASSO-ARENAS; CAMPOS-NAVARRO, 2011).

Além da exposição aos aspectos relatados, uma pesquisa promovida por Pereira, Freitas e Dias (2016) aponta como os profissionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) estão submetidos a uma fragilidade em seus vínculos trabalhistas regidos por prazos contratuais e recursos financeiros limitados, ocasionando descontinuidade na prestação de serviços. Assim, este grupo está sujeito à privação de recursos materiais, humanos e de espaço para a execução

das atividades concorrendo para o aumento do risco de adoecimento para aqueles que são comprometidos com um trabalho ético e de qualidade.

Esta violência institucional traz reflexos de como as políticas públicas e seus atores ocupam um papel secundário e estão sujeitos a lógica econômica neoliberal em que as ações executadas por estes serviços estão restritas a algo de natureza assistencialista, paliativa e sem a presença do Estado, ou seja, a responsabilidade deste é repassada para as famílias, a sociedade e ao mercado dentro de uma ótica de mercantilização da vida (GASPAROTTO, 2013).

Assim, este artigo pretende apresentar os impactos na saúde dos profissionais e na equipe decorrentes do exercício da atividade de atendimento a vítimas de violência, explicitar o papel do autocuidado como recurso de prevenção de doenças e preservação da saúde destes trabalhadores e, por fim, discutir a vulnerabilidade destes profissionais promovida pelo Estado alicerçado em bases econômicas neoliberais.

O trabalho de atendimento a mulheres vítimas de violência

Ser testemunha ou ouvinte de episódios de violência é uma experiência de desvelamento de uma realidade ocultada, negada e censurada em nível social que ocasiona terror tanto para os alvos, como para os profissionais de assistência a estes episódios violentos (GINÉS; BARBOSA, 2010). A aproximação com esta realidade desperta tristeza, medo, raiva e choque nos profissionais da assistência aos alvos, conforme pontuado por pesquisa realizada por Van der Wath, Van Wyk e Rensburg (2013) com enfermeiros em dois hospitais públicos da África do Sul. Além destas experiências emocionais, os pesquisados eram perpassados por sensações perturbadoras ao presenciar as sequelas físicas nos alvos de violência conjugal, bem como relatavam pensamentos recorrentes e intrusivos relacionados aos casos atendidos.

Em conjunto com o impacto ocasionado pela natureza do fenômeno violento, o exercício da assistência a este público requer a disponibilidade de uma escuta ativa e da empatia por parte do prestador deste serviço. Esta atitude empática necessita de uma orientação consciente e voluntária para entender o outro, o discurso do interlocutor e o significado que este assistido concebe para o seu discurso, suas emoções e vivências. Para efetivar a assimilação destes significados, estes trabalhadores devem perceber e experimentar o mal-estar dos atendidos. Tal fato desemboca em desgaste e uma exposição aos efeitos da traumatização vicária que se traduz por mudanças nos esquemas cognitivos e de crenças ocasionadas por este compromisso empático com as experiências traumáticas dos assistidos (CAMPOS-VIDAL; CARDONA-CARDONA; CUARTERO-CASTAÑER, 2017).

Estes efeitos são atestados por estudo elaborado por Iliffe e Steed (2000) com profissionais de aconselhamento de agressores e vítimas de violência contra a mulher nos

Estados Unidos. Dentre os resultados, foram identificados que os pesquisados sentiam menos segurança no ambiente externo, relataram mudanças negativas nas suas visões de mundo e descreviam sensações de pouco poder e controle para modificações em suas próprias vidas em níveis micro e macro.

Estas alterações em seus esquemas cognitivos mobilizadas pela traumatização vicária resultam em mudanças que atingem a percepção das relações com os seus pares, de mundo e de humanidade, trazendo comprometimento negativos no contato empreendido pelos profissionais com os seus círculos familiares e sociais (BEN-PORAT; ITZHAKY, 2009).

Em conjunto com a traumatização vicária, um dos riscos psicossociais notáveis envolvidos neste ofício é o transtorno de estresse secundário. Trata-se de um transtorno catalogado pela APA em 1980 cuja sintomatologia é caracterizada por reações cognitivas, emocionais, motoras e somáticas. Os problemas de concentração, pensamentos intrusivos, a hipervigilância, insônia e atitudes evitativas são alguns dos sintomas descritos neste tipo de estresse (JIMÉNEZ et al, 2004).

A prevalência desta síndrome em trabalhadores da assistência social foi alvo de estudo elaborado por Bride (2007) cujos resultados indicaram para a presença de pensamentos intrusivos, seguidos de estresse emocional ou reação fisiológica em resposta as lembranças dos casos atendidos, distúrbios de sono e distanciamento de pessoas, lugares ou coisas que resgatem memórias das histórias ouvidas dos clientes traumatizados. Também foram identificados que estes trabalhadores expressavam diminuição do interesse e da participação em atividades sociais, irritabilidade, dificuldades de concentração e entorpecimento emocional.

Outra forma de adoecimento encontrada em profissionais de assistência a vítimas de violência é o *burnout*. Esta síndrome foi descrita por Freudenberger nos anos 70 e sua definição multidimensional foi ampliada por Maslach e Jackson em 1986 cuja sintomatologia era caracterizada por três aspectos: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. O primeiro sintoma se define pelo forte sentimento de tensão emocional associada uma sensação de esgotamento, falta de energia e de recursos emocionais individuais para lidar com a rotina profissional. Por sua vez, a despersonalização se materializa por meio da manifestação de sentimentos e atitudes negativas e de indiferença pelos profissionais com os usuários assistidos. O terceiro sintoma é reconhecido pela atitude negativa perante si mesmo e de desvalorização pessoal em geral que causam impactos negativos no atendimento e contato com as pessoas atendidas (OLIVEIRA, 2015).

Associado a este conjunto de riscos ocupacionais que perpassa o exercício deste tipo de atividade, a equipe como um todo vivencia a ansiedade e desgaste emocional causando a

traumatização das equipes. A contaminação deste grupo cria condições para a reprodução da violência do ambiente de trabalho desembocando em práticas de assédio de moral (ARÓN; LLANOS, 2004), bem como em desacordos internos entre diagnóstico e prognóstico dos casos atendidos, prejuízos na coordenação dos serviços e na avaliação dos recursos aplicados para os casos atendidos. Tais questões trazem impactos negativos para a qualidade dos serviços ofertados aos usuários seja por conflitos internos, ou pelos resultados ocasionados pelos mesmos (GINÉS; BARBOSA, 2010).

As constatações da presença de práticas de assédio moral neste ambiente são apontadas por estudo de Quiñones, Cantera e Ocampo (2015) realizado com profissionais que trabalham em locais de assistência a violência contra a mulher. Neste estudo, as vivências de intimidação, desvalorização e abuso econômico estavam atravessando as relações com os superiores hierárquicos. Além disso, pôde-se observar que este fenômeno era naturalizado, invisível e negado dentro de um contexto de abandono e passividade.

De uma maneira geral, o assédio moral é entendido como qualquer forma de atuação abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude, etc.), que é realizado de maneira repetitiva e sistematizada, golpeia a dignidade e a integridade física e mental humana trazendo prejuízos para o seu emprego ou clima de trabalho. Neste contexto, o trabalhador não entende o processo violento em curso e com a continuidade das condutas de assédio, o organismo se esgota e o alvo fica suscetível a diferentes formas de adoecimento físico e psíquico (HIRIGOYEN, 2011). De acordo com Claybourn, Spinner e Malcomm (2014), os seguintes elementos centrais compõem a definição desta conduta laboral: o comportamento interpessoal negativo incluindo o propósito percebido pelo alvo e as consequências negativas, o propósito da prática e a repetição das ações.

Dentro deste contexto, as seguintes práticas são mais comuns: desaprovar de forma velada e sutil qualquer comportamento do alvo, realizar críticas repetidas e continuadas sobre a capacidade profissional da vítima, comunicar de maneira incorreta e incompleta a realização de serviços, metas ou reuniões ocasionando a execução de serviços incompletos ou com erros, apropriação de ideias da vítima, isolamento da vítima do convívio com os colegas de trabalho e de atividades sociais, exposição da vítima ao ridículo perante colegas ou clientes de forma repetida e contínua, alcunhar o alvo de “criador de caso” ou “indisciplinado” e duvidar da saúde mental do alvo quando o assediador é questionado em suas condutas abusivas (NASCIMENTO, 2009).

A violência no trabalho assume diferentes conformações desde uma apresentação acentuada e viva de suas práticas até delineamentos suaves que emaranha o alvo e assim, faz

com que o mesmo pondere sobre as motivações dos atos mal-intencionados e perversos (BARRETO; HELOANI, 2015). Trata-se de um fenômeno circular, progressivo e insidioso. Ela se inicia, de maneira inofensiva, quando as pessoas agredidas não demonstram ofensas e manejam a situação de forma lúdica. Os ataques vão se multiplicando até que a vítima se sinta acuada e inferiorizada. Esta sequência de condutas abusivas empreendidas pela pessoa assediadora mobiliza ansiedade no alvo o que provoca comportamentos patológicos que servem como justificativas para a continuidade dos abusos pelo autor da agressão (HIRIGOYEN, 2011).

Um ambiente organizacional permissivo com o abuso, trabalhos com a presença de competição exacerbada, supervalorização das hierarquias, reestruturações realizadas sem planejamento em relação às pessoas e cargos afetados, terceirizações, serviços com alto grau de rotina e entrada de novos membros nas organizações também são apontados como os principais palcos organizacionais propícios para a ocorrência de assédio moral (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008). Além disso, uma política corporativa fundada na violência costuma ser um terreno fértil para geração de situações extremas como o assédio moral. O individualismo, a procura pelo lucro de forma desenfreada, o medo, a insegurança e o desrespeito à dignidade humana são aspectos característicos da globalização que também colaboram para a manipulação do empregado (MEURER; STREY, 2012).

A população mais acometida pelo assédio neste ambiente é composta por negros, homossexuais, portadores de necessidades especiais, trabalhadores acima de 40 anos, portadores de lesão por esforços repetitivos e as mulheres (HIRIGOYEN, 2011). Sobre o conjunto de trabalhadoras assediadas, um estudo realizado com este público por Antunes, Carlotto e Strey (2012) identificou que elas estavam sujeitas, em seus diferentes ambientes de trabalho, a condições de constante hostilidade, perseguição e difamação. Estes achados se somam a pesquisa realizada por Campos-Serna, Ronda-Perez, Artazcoz e Benavides (2012) que identificou a exposição do grupo de mulheres pesquisadas a trabalhos sem contrato, a circunstâncias laborais de alto esforço e baixa recompensa, de discriminação no trabalho, de assédio sexual e riscos psicossociais.

O alvo do assédio moral no trabalho está exposto a um sofrimento que é vivenciado de forma isolada. Assim, sem esta perceptibilidade da ocorrência desta situação de agressão nestes espaços laborais, os episódios violentos ganham um caráter mais individual e gera mais aflição para a pessoa assediada gerando sentimentos de culpa, solidão e medo (SILVA; RAICHELIS, 2015). Este isolamento se potencializa quando os pares de trabalho atribuem a responsabilidade ao alvo e assim, demonstram menos simpatia, menor propósito de ajudar e mais raiva

direcionada ao alvo (MULDER; POUWELSE; LODEWIJKX; BOLMAN, 2014). Esta prática violenta ocasiona a perda de controle dos trabalhadores sobre o seu próprio labor e com isso, provoca consequências negativas para o trabalho, a saúde física e saúde mental dos alvos (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

No ambiente laboral, estes impactos estão localizados na performance do trabalhador, na comunicação do grupo e na potencialização dos intentos de sair da atividade laborativa (CARTER et al, 2013). Por sua vez, os prejuízos na saúde física acarretados por circunstâncias assediadoras são demonstrados pela manifestação dos seguintes sintomas nas pessoas assediadas: queda da qualidade do sono, fadiga, dores de cabeça (CARNERO; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ-MANGAS, 2012), dores corporais, problemas de estômago, incluindo náuseas e vômitos, dores de estômago e câimbras, sensibilidade, diarreia, cólon espático e úlcera crônica no estômago, falta de apetite e problemas relacionados com o peso (MEYER; KIRSTEN, 2014).

As situações de assédio moral no trabalho costumam trazer prejuízos na autoconfiança do alvo (INVITTI, 2012), proporcionam a ocorrência de transtornos mentais no alvo das agressões (GUIMARÃES et al, 2005) e a emergência de sintomas de estresse pós-traumático (KARATUNA; GOK, 2014). Tais achados são reforçados por estudos que apontam um impacto significativo no bem-estar das pessoas assediadas que vivenciam mais ansiedade, depressão, irritação e sintomas psicossomáticos em relação as pessoas não-assediadas (NIEDL, 1996) e por investigação executada por Nielsen, Magerøy, Gjerstad e Einarsen (2014) cujos achados indicaram esta violência no trabalho como preditora de problemas de saúde mental para os assediados em um período de cinco anos após a exposição a este tipo de circunstância.

Para fazer enfrentamento a esta realidade adoecedora e violenta, o autocuidado é apontado como estratégia preventiva de doenças e de preservação da saúde. Este é um aspecto caracterizado pelo conjunto de cuidados que a pessoa propicia a si para alcançar uma melhor qualidade de vida cujo exercício é empreendido de forma individual ou coletiva através de grupos, família ou comunidade. Também se configura como um caminho de desenvolvimento de habilidades pessoais pois, conforme preconizada pela Carta de Ottawa de 1986, a promoção da saúde é feita através do crescimento de aptidões sociais e pessoais para tomada de decisões e implementação de atitudes indispensáveis à vida (CORREA, 2003).

Para que o autocuidado seja efetivado neste nível, faz-se necessário que o profissional reconheça e identifique as suas próprias vulnerabilidades. No entanto, o que se observa é a presença de dificuldades por parte destes profissionais no reconhecimento e identificação das próprias experiências e sentimentos mobilizados na aproximação com esta realidade. Este fato é constatado por Howlett e Collins (2014) que, dentre outros resultados, identificaram

dificuldades por parte destes prestadores deste tipo de serviço em admitir sua própria inadequação e vulnerabilidade.

A importância de incorporar a auto-reflexão como ferramenta de atenção consigo é corroborada por estudos que discutem a importância de incorporar a auto-reflexão na educação para o trabalho uma vez que, o encontro clínico é um campo minado para emergência de problemas na condução e desenvolvimento do trabalho junto aos atendidos (URDANG, 2010). Nesta exploração, são elencados aspectos emergentes em um trabalho de atendimento clínico: identificação excessiva com os clientes e concomitante transposição dos limites, uso do tratamento como ferramenta para cuidar das próprias necessidades e envolvimento direto na vida dos clientes.

Dentro dos modelos de autocuidado para as equipes de assistência a vítimas de violência, as seguintes dimensões individuais são consideradas na implementação destas propostas: a corporalidade, os modos de sentir, de pensar e de atuar de cada indivíduo, a própria antologia do profissional, o contexto cultural, social e ambiental e a maneira como estes indivíduos estabelecem vínculos com os outros (SEPÚLVEDA; MALES; SAN MARTÍN, 2014).

Em nível grupal, a instituição é o agente promotor de estratégias que cultivam a saúde e o bem-estar destes trabalhadores tais como: facilitar e manter condições físicas adequadas ou mais seguras possíveis que atentem para a integridade dos usuários e dos trabalhadores, expressar e reter o interesse real pela qualidade real das relações no trabalho mediante uma comunicação objetiva e transparente, validar e apoiar os espaços de esvaziamento e descompressão das equipes, organizar espaços de supervisão e de formação protetores e facilitadores, fomentar a decisão consensual em casos difíceis e favorecer estilos de liderança horizontais, flexíveis que propiciam a comunicação mais aberta e sincera e decisões conjuntas (GINÉS; BARBOSA, 2010).

Ainda nesta esfera de cuidado, dentro da rede profissional, as estratégias são implementadas de diferentes maneiras com o intuito de dar e receber apoio entre os trabalhadores desta área. Os seguintes aspectos são importantes: o fomento das intervenções em rede para os casos de violência, o que contribui para o controle da intensidade emocional gerada, o vínculo entre os dispositivos do mesmo âmbito, os espaços e meios de retroalimentação como cursos e seminários e, por fim, apoio político e suprainstitucional que possam admitir formas de trabalho, protocolos de intervenção e uso comum de dados e registros para análise (GINÉS; BARBOSA, 2010).

Em relação aos espaços de autocuidado promovidos pela instituição para o cuidado da equipe, as temáticas a seguir são pontos de discussão nestes locais: a carga de trabalho e as consequências da mesma no trabalho realizado, o uso de estratégias não saudáveis para enfrentar a tensão laboral, a emergência do binômio onipotência/impotência na aproximação com as demandas atendidas, a sobreidentificação com os casos atendidos, os objetivos e as formas de trabalhar em equipe e delimitação das tarefas (HOLGUÍN;VELÁZQUEZ, 2015).

A efetivação destes espaços de cuidado com as equipes causa impactos positivos nos profissionais e no público atendido e, dentre os mais importantes, os descritos a seguir podem ser citados tais como: a criação de espaços similares nas próprias oficinas e dentro do trabalho comunitário, o reconhecimento e análise das próprias motivações e histórias pessoais fazem com que os profissionais tenham condições de estabelecer uma relação mais saudável com o outro, o fortalecimento do grupo, ao expressar emoções e desconfortos e resolver conflitos, e evitar o fenômeno da revitimização (HOLGUÍN;VELÁZQUEZ, 2015).

Assim, diante as considerações traçadas sobre a importância da implementação das ações de autocuidado voltadas para a saúde dos profissionais de assistência a alvo de violência, torna-se de suma importância que o apoio suprainstitucional se faça presente com a finalidade de oferecer suporte financeiro, político e material para a efetivação das medidas de cuidado de si em seus diferentes níveis.

No entanto, este tipo de suporte, representado pela figura do Estado, é inexistente ou mesmo insuficiente, conforme constatado pelo tipo de política institucional adotada pelos órgãos de assistência, o que representa uma maximização dos riscos ocupacionais, um ambiente propício para a emergência da violência laboral e um espaço de poucas ou mesmo nenhuma ação de autocuidado com estes trabalhadores. Especificamente, na área de assistência a violência contra a mulher, os relatórios Observe (2010; 2011), dentre outras considerações, indicam a presença de uma postura personalista dos dirigentes institucionais, a insuficiência de recursos e as deficiências estruturais dos locais como obstáculos que dificultam o fluxo de atendimento a vítimas de violência contra a mulher.

Para fins de um melhor entendimento do Estado na atualidade, serão traçadas considerações sobre as características do mesmo desde tempos mais longínquos até a atualidade, e como o papel da atual configuração do poder estatal são agentes de promoção da vulnerabilidade destes trabalhadores.

A atual configuração do Estado se inscreve dentro de uma trajetória de mudanças tanto em sua legitimidade como na função a ser exercida na sociedade. Com isso, no século XIX com a emergência da Revolução Industrial, o esfacelamento das formas tradicionais de solidariedade

familiar, territorial e profissional atingiu o papel e a existência do Estado, de maneira que, posteriormente, servirá como um mero artifício para a condução de regimes totalitários. Na sequência, o Estado do Bem-Estar Social emerge como um servidor dos cidadãos cujos direitos sociais são efetivados através da organização de serviços públicos e da concomitante garantia de acesso a bens fundamentais, como saúde e educação, e proteção dos direitos trabalhistas (SUPIOT, 2007).

Porém, com a globalização e o florescimento do neoliberalismo, principalmente na década de 90, o Estado fica situado como um mero artifício que está sujeito as forças invisíveis dos mercados financeiros no âmbito internacional ou de interesses de categorias na esfera interna cuja legitimação do poder está atrelada a avaliação de agências privadas que fiscalizam e gerenciam o desempenho deste poder (SUPIOT, 2007).

Este cenário ganha contornos mais preocupantes quando, de acordo com Honneth, é detectada a aceleração dos processos de individualização das sociedades ocidentais contemporâneas que rejeita a construção de espaços coletivos de discussão e trocas tão preconizados como uma forma de autocuidado pessoal e institucional. Além disso, o aparecimento de hierarquias valorativas, dentro deste tipo de sociedade, leva a negação da possibilidade de reconhecimento de algumas atividades que são essenciais, principalmente aquelas com uma característica não-produtiva (MENDONÇA, 2016).

Esta predominância e valorização do individual e do produtivo apresenta seus mecanismos no mercado de trabalho, de forma marcante, através da alteração da Consolidação das Leis do Trabalho ou Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017, que substitui o paradigma tutelar e protetivo do Estado por um aglomerado de regras jurídicas flexibilizantes. Estas ampliam o poder punitivo dos empregadores, retira garantias trabalhistas históricas e cria caminhos para a precarização laboral e o assédio organizacional. Esta situação se estende a todos os trabalhadores desde servidores públicos até prestadores de serviços e traz um ambiente fecundo para a prática do assédio moral (COUTINHO, 2017).

Ao trazer a vulnerabilidade como algo relacionado ao um estado transitório individual ou coletivo de risco cuja condição debilita e esmorece o sujeito de direito desequilibrando uma dada relação (MARQUES; MIRAGEM, 2014), denota-se que o Estado inscrito neste contexto neoliberal e de afastamento das questões coletivas é um promotor da ampliação desta condição por meio da maximização dos riscos ocupacionais destes profissionais que se operacionaliza pela exposição a condições de trabalho precarizadas, sem garantias trabalhistas, calcados em um modelo de gestão personalista e de pouca ou nenhuma atenção para a saúde destes

trabalhadores. Assim, diante as considerações trazidas, o quadro delineado maximiza a vulnerabilidade dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher.

Estas ponderações contrariam as orientações empreendidas em autocuidado organizacional, assim como delega a responsabilidade pelo cuidado de si ao profissional que, por sua parte, é composta por trabalhadoras cujo tempo é privatizado, negado e desapropriado em detrimento das obrigações impostas por uma cultura machista às mulheres de uma maneira geral. Dentre as incumbências direcionadas a elas, estão o zelo e atenção com as atividades domésticas, o cuidado com os membros familiares e demais questões relacionadas ao âmbito privado (CASTAÑEDA, 2006).

Considerações Finais

A exposição teórica esmiuçada nesta proposta discursiva detalhou os riscos e as formas de adoecimento envolvidos na prestação de serviços de atenção a vítimas de violência, apontou para a fertilidade de um ambiente laboral propício para as práticas de assédio moral e como estas atitudes violentas trazem implicações negativas para o trabalho, a vida social, a saúde física e mental. Também destacou para a importância do autocuidado como recurso de prevenção e minimização das formas de adoecimento dentro desta equipe de trabalhadores. Além disso, apontou para a opacidade do Estado, dentro de um cenário econômico neoliberal, que, diante do distanciamento no cuidado com a saúde do trabalhador e suas condições laborais, torna-se um elemento de maximização dos riscos ocupacionais inerentes a atividade.

Assim, a vulnerabilidade eliciada pela submissão a um Estado neoliberal neste conjunto de trabalhadores ganha traços mais marcantes, ao atentar para os riscos ocupacionais inerentes ao exercício do atendimento aos alvos de violência, e concomitante falta de ações de autocuidado pelos agentes institucionais. De maneira indireta, também fragilizar as assistidas por este serviço, uma vez que o adoecimento da equipe e de seus membros atinge a qualidade dos serviços prestados nestes locais e assim, a busca pela igualdade no sentido de consideração e cuidado pelas diferenças deste grupo atendido se torna um objetivo cada vez mais afastado da realidade social.

Deste modo, como proposição de enfrentamento a este conjunto de circunstâncias de vulnerabilidade promovida pelo Estado, faz-se necessário a atenção para as pautas reivindicatórias do sistema de políticas públicas através de organizações civis associados a movimentos dentro das diferentes esferas de poder que promovam a visibilidade deste cenário de adoecimento, dos riscos envolvidos na prática desta assistência, assim como apliquem seus

esforços em construir propostas públicas sistematizadas de cuidado com a saúde deste grupo profissional.

Referências

ANTUNES, B. M.; CARLOTTO, M. S.; STREY, M. N. Mulher e trabalho: visibilizando o tecido e a trama que engendram o assédio moral. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.18, n.3, p.420-445, 2012. Disponível em: < [DOI-10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p420](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p420)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ARENAS-MONREAL, L.; JASSO-ARENAS, J.; CAMPOS-NAVARRO, R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. **Global health promotion**, Canadá, v. 18, n.4, p.42-48, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1757975911422960>>. Acesso em: 22 mar.2018.

ARÓN, A. M.; LLANOS, M. T. Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. **Sistemas Familiares**, Buenos Aires, v.20, n.2, p. 5-15, 2004. Disponível em: < http://www.bivip.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf>. Acesso em: 24 mar.2018.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social e Sociedade**, n.123, p.544-561, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.036>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

BEN-PORAT, A.; ITZHAKY, H. Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. **Journal of Family Violence**, Flórida, v.24, n.7, p.507-515, 2009. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-009-9249-0>>. Acesso em: 02 abr 2018.

BRASIL. **Lei n.11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm . Acesso em: 21 jul.2018.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM.

Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRIDE, B. E. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. **Social work**, Reino Unido, v. 52, n.1, p.63-70, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CAMPOS-SERNA, J.; RONDA-PÉREZ, E.; ARTAZCOZ, L.; BENAVIDES, F. G. Desigualdades de género en salud laboral en España. **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v.26, n.4, p.343-351, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

CAMPOS-VIDAL, J. F.; CARDONA-CARDONA, J.; CUARTERO-CASTAÑER, M. E. Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. **Cuadernos de trabajo social**, Espanha, n.24, p.119-136, 2017. Disponível em < <https://alternativasts.ua.es/article/view/2017-n24-cuidado-y-mecanismos-paliativos-de-la-fatiga>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

- CARNERO, M. A.; MARTÍNEZ, B.; SÁNCHEZ-MANGAS, R. Mobbing and workers' health: empirical analysis for Spain. **International Journal of Manpower**, Reino Unido, v.33, n.3, p.322-339, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1108/01437721211234183> >. Acesso em: 22 mai.2018.
- CARTER, M.; THOMPSON, N.; CRAMPTON, P.; MORROW, G.; BURFORD, B.; GRAY, C.; ILLING, J. Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. **BMJ Open**, Reino Unido, v.3, n.6, p.1-12, 2013. Disponível em: < <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/6/e002628.full.pdf> >. Acesso em: 16 abr.2018.
- CASTAÑEDA, M. **O machismo invisível**. São Paulo: A Girafa Editora, 2006.
- CLAYBOURN, M.; SPINNER, B.; MALCOM, K. Workplace harassment: A test of definitional criteria derived from an analysis of research definitions and Canadian social definitions. **International journal of law and psychiatry**, Estados Unidos, v.37, n.6, p.589-600, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jltp.2014.02.033> >. Acesso em: 24 fev. 2018.
- CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**, 1995, Pará. Disponível em: < <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> >. Acesso em: 21 jun. 2018.
- CORREA, O. T. El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. **Hacia la promocion de la salud**, Manizales, v.8, n.1, p.38-50, 2003. Disponível em: < <http://www.fisac.org.mx/AUTICUIDADO.pdf> >. Acesso em: 02 fev. 2018.
- COUTINHO, A. R. Reformas e a Intensificação do Poder Punitivo do Empregador. In: GEDIEL, J. A. P. (Coord.) *Estratégias Autoritárias do Estado Empregador*. Kayangue: Paraná, 2017, p.41-62.
- FERRAJOLI, L. **Derechos y Garantías. La Ley del mas Débil**. Madrid: Editorial Trotta, 1999.
- FREITAS, M. E. DE; HELOANI, R.; BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- GASPAROTTO, G. P. **Desigualdades e resistências: avanços, contradições e desafios para a garantia das seguranças do SUAS pela proteção social especial**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em <<http://meriva.pucrs.br/dspace/handle/10923/5079> >. Acesso em: 04 jan. 2018.
- GINÉS, Ó; BARBOSA, E. C. Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.12, n. 2-3, p.297-313, 2010. Disponível em: <http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf >. Acesso em: 02 fev.2018
- GUIMARÃES, L. A.; VASCONCELOS, É. F.; ANDRADE, P. R.; STEPHANINI, I. C.; REGO, R. M. Mobbing (assédio psicológico): relações com transtornos mentais e coping em trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v.5, n.2, p.15-34, 2005. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7780> >. Acesso em: 21 fev.2018.
- HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. (13ª Ed). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
- HOLGUÍN, M. R.; VELÁZQUEZ, T. **Trabajo con personas afectadas por violencia política: salud mental comunitaria y consejería**. Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado, Maestría en Psicología Comunitaria, Equador, 2015. Disponível em < https://issuu.com/huverferia/docs/trabajo_con_personas_afectadas_con >. Acesso em: 02 mar. 2018.

- HOWLETT, S. L.; COLLINS, A. Vicarious traumatising: risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. **South African Journal of Psychology**, África do Sul, v.44, n.2, p.180-190, 2014. Disponível em: <<https://journals.co.za/content/sapsyc/44/2/EJC153403>> Acesso em: 25 abr.2018.
- ILIFFE, G.; STEED, L. G. Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. **Journal of interpersonal violence**, Washington, v.15, n.4, p.393-412, 2000. Disponível em <<https://doi.org/10.1177/088626000015004004>>. Acesso em: 02 mar.2018.
- INVITTI, C. **Autoconceito de trabalhadores assediados moralmente no trabalho**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/100814>>. Acesso em: 26 de mar.2018.
- JESUS, D. de. **Violência contra a Mulher**. São Paulo: Saraiva, 2015.
- JIMÉNEZ, B. M.; MORANTE, M. E. B.; NOVOA, M. M.L; CARVAJAL, R.R.; HERNÁNDEZ, E.G. El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. **Terapia psicológica**, Chile, v. 22, n.1, p. 69-76, 2004. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/785/78522108/>>. Acesso em: 23 mar.2018.
- KARATUNA, I.; GÖK, S. A study analyzing the association between post-traumatic embitterment disorder and workplace bullying. **Journal of Workplace Behavioral Health**, Baltimore, v.29, n.2, p.127-142, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/15555240.2014.898569>>. Acesso em: 21 de mar. de 2018.
- MARQUES, C. L.; MIRAGEM, B. **O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- MENDONÇA, R.F. Reconhecimento, desigualdades e capitalismo. In: MIGUEL, L.F. (Org.) *Desigualdades e Democracia*. São Paulo: Unesp, 2016, p. 289-320.
- MEURER, B.; STREY, M. N. Problematizando as práticas psicológicas no modo de compreender o fenômeno assédio moral. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.32, n.2, p.452-470, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a13>>. Acesso em: 15 mar.2018.
- MEYER, H. W.; KIRSTEN, T. G. The effect of psychological violence in the workplace on health: A holistic eco-system approach. **Health SA Gesondheid (Online)**, Johannesburg, v. 19, n. 1, p.1-11, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.757>>. Acesso em: 09 mar.2018.
- MULDER, R.; POUWELSE, M.; LODEWIJKX, H.; BOLMAN, C. Workplace mobbing and bystanders' helping behaviour towards victims: The role of gender, perceived responsibility and anticipated stigma by association. **International Journal of Psychology**, v.49, n.4, p.304-312, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/ijop.12018>>. Acesso em: 25 mar.2018.
- NASCIMENTO, S. M. **Assédio Moral**. São Paulo, SP: Saraiva, 2009.
- NIEDL, K. Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. **European journal of work and organizational psychology**, Reino Unido, v.5, n.2, p.239-249, 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13594329608414857>>. Acesso em: 22 abr.2018.
- NIELSEN, M. B.; MAGERØY, N.; GJERSTAD, J.; EINARSEN, S. Workplace bullying and subsequent health problems. **Tidsskrift for den Norske Laegeforening**, Noruega, v.134, n.12/13, p.1233-1238, 2014. Disponível em: <<https://tidsskriftet.no/en/2014/07/workplace-bullying-and-subsequent-health-problems>>. Acesso em: 05 mai.2018.
- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. **Condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal**. Salvador: 2010 Disponível em:<

<http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/20110107-relatorio-final-2010.pdf/view>>. Acesso em: 22 abr. de 2018.

Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais: Belém, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e o Distrito Federal. Relatório de pesquisa. Salvador: 2011. Disponível em: <[http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes\[1\]%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes[1]%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 abr. de 2018.

OLIVEIRA, R.M. K. de. **Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores.** 3ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 2015.

PENSO, M. A.; ALMEIDA, T. M. C. D.; BRASIL, K. C. T.; BARROS, C. A. D.; BRANDÃO, P. L. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, p.137-152, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5137/513751435012/>>. Acesso: 01 jul.2018.

PEREIRA, V. T.; FREITAS, C.; DIAS, D. D. Violação de direitos no SUAS: a precarização da vida. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v.6, n. 2, p. 25-44, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000200003>. Acesso em: 09 fev. de 2018.

QUIÑONES, P.; CANTERA, L. M.; OCAMPO, C. L.O. La violencia relacional en contextos laborales que trabajan contra la violencia. In: CANTERA, L.M.; PALLARÉS S.; SELVA C. (Eds.). *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* Barcelona: Amentia Editorial, 2013, p. 135-155.

SILVA, O. D. D.; RAICHELIS, R. Bullying in the social worker's labor relationships—an emerging issue. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.123, p.582-603, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.038>>. Acesso em: 25 mai.2018.

SEPÚLVEDA, K. H.; MALEŠ, P. J.; SAN MARTÍN, M. M. **Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado, Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario**, 2014. Recuperado de <<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

SUPIOT, A. **Homo juridicus**: Ensaio sobre a função antropológica da função do Direito. Trad. Maria Emantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

URDANG, E. Awareness of self—A critical tool. **Social Work Education**, Reino Unido, v.29, n.5, p.523-538, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02615470903164950>>. Acesso em: 24 abr.2018.

VAN DER WATH, A.; VAN WYK, N.; RENSBURG, E.J.V. Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. **Journal of advanced nursing**, Reino Unido, v.69, n.10, p.2242-2252, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jan.12099>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

-CAPÍTULO 2-

A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Resumo

Este estudo teve o objetivo de investigar de que maneira as formas características de adoecimento e o autocuidado em profissionais da assistência a vítimas de violência vêm sendo explorados no campo científico. Para isto, foi empreendida uma busca sistemática de publicações acerca destes dois aspectos neste conjunto de trabalhadores através da combinação de diferentes descritores em três bases de dados: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo*. Nesta busca, foram localizados cerca de 968 escritos sobre as temáticas em questão que, após submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, foram computados em 41 artigos como amostra final para esta proposta investigativa. Os seguintes temas atravessavam as produções averiguadas: formas de adoecimento e suas consequências, fatores de risco e proteção para o adoecimento e o autocuidado para os trabalhadores da assistência a vítimas de violência. Contudo, há necessidade de produções direcionadas para os fatores que facilitam e dificultam o cuidado de si destes profissionais.

Palavras-chaves: Trabalho Social; Riscos Ocupacionais; Autocuidado.

Abstract

This study aimed to investigate how the characteristic forms of illness and the self-care in professionals of assistance to victims of violence has been explored scientific field. For this, a systematic search about of these two aspects in this group of workers was undertaken through the combination of different descriptors in three databases: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo*. In this search, about 968 writings on the subject matter were found, which, after being submitted to the inclusion and exclusion criteria, were included in 41 articles as final sample for this research proposal. The following topics covered the outputs identified: forms of illness and its consequences, risk factors and protection for illness and self-care for workers of assistance to victims of violence. However, there is a need for productions directed to the factors that facilitate and hinder the care of these professionals.

Keywords: Social Work; Occupational Risks; Self-Care.

Resumen

Este estudio tuvo el objetivo de investigar de qué manera las formas características de enfermedad y el autocuidado en profesionales de la asistencia a víctimas de violencia viene siendo explotado en el campo científico. Para ello, se emprendió una búsqueda sistemática acerca de estos dos aspectos en este conjunto de trabajadores/as a través de la combinación de diferentes descriptores en tres bases de datos: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo*. En esta búsqueda, fueron localizados cerca de 968 escritos sobre la temática en cuestión que, tras sometidos a los criterios de inclusión y exclusión, fueron computados en 41 artículos como muestra final para esta propuesta investigativa. Los siguientes temas atravesaban las producciones consultadas: formas de enfermedad y sus consecuencias, factores de riesgo y protección para el enfermo y el autocuidado para los trabajadores de la asistencia a víctimas de violencia. Sin embargo, hay necesidad de producciones dirigidas a los factores que facilitan y dificultan el cuidado de sí de estos/as profesionales.

Palabras-clave: Trabajo Social; Riesgos Laborales; Autocuidado.

O trabalho é um recurso de sociabilização, humanização e meio de aquisição de fontes materiais para a sobrevivência humana (Antunes, 1999). Constitui o motivo para saúde ou para o adoecimento tanto com relação à saúde física como para a saúde mental (Silva, 2011). Dentro desta compreensão, ser profissional de assistência a vítimas de violência é uma experiência laborativa com alto potencial deletério para a saúde devido ao contato com histórias de agressões narradas pelos assistidos que suscitam sentimentos de desmotivação, impotência, raiva, irritação, culpa, pena e angústia nos trabalhadores (Penso, Almeida, Brasil, & Barros, 2010).

Concomitante a experiência deste leque de emoções na aproximação com esta realidade, alguns trabalhadores se identificam com os casos atendidos o que resulta no contágio emocional e posterior sofrimento em conjunto com a vítima de violência, enquanto outros, por sua vez, apresentam insensibilidade perante os casos atendidos ou revivenciam suas experiências pessoais de trauma ou violência (Arellanos & Dupuis, 2014).

Estes tipos de vivências decorrentes da escuta dos episódios de violência representam os efeitos da contaminação temática que, constituindo uma semelhança com as situações laborais relacionadas a substâncias tóxicas, as histórias de violência ou maltrato configuram estes elementos tóxicos que ocasionam danos progressivos ou agudos aos profissionais e a equipe de trabalhadores (Ginés & Barbosa, 2010). Com isso, este grupo profissional experimenta impactos negativos em sua saúde física tais como insônia, problemas de concentração, pensamentos intrusivos, distanciamento emocional, frustração e impotência (Lusk & Terrazas, 2015).

O impacto desta atividade foi relatado por pesquisa realizada com conselheiros de vítimas e agressores de violência doméstica (Iliffe & Steed, 2000) cujos achados identificaram que estes trabalhadores sofriam alterações em seus esquemas cognitivos por meio da sensação de menor segurança no mundo e, por outro lado, de um aumento da percepção de

empoderamento e controle sobre os problemas. Também foram encontrados a preocupação e medo com a segurança dos clientes, sensação de isolamento e de pouco poder para as mudanças em níveis micro e macro.

Além das consequências sofridas em nível individual, os trabalhadores desta área estão sujeitos a um esfacelamento dos limites entre o trabalho e a vida familiar e privada. Esta constatação se evidencia por pesquisa realizada por Goldblatt (2009) com enfermeiros israelenses de hospitais e clínicas de saúde comunitária envolvidos no atendimento de vítimas de violência que, dentre outros resultados, relataram que, ao final da jornada de trabalho, este grupo profissional retorna para os seus lares com questionamentos sobre a forma mais adequada de atender as usuárias agredidas.

Assim, diante do cenário traçado aqui, observa-se que o trabalhador desta área está submetido a uma realidade laboral com alto potencial de adoecimento. Em conjunto com a contaminação temática explicada anteriormente, um dos riscos psicossociais latentes no exercício do atendimento de alvos de violência é o estresse traumático secundário. É um transtorno catalogado pela APA em 1980 caracterizado por reações cognitivas emocionais, motoras e somáticas. Dentro deste espectro, são listados os problemas de concentração, pensamentos intrusivos sobre os casos atendidos, a hipervigilância, a insônia e atitudes evitativas (Jiménez, Benadero, Novoa, Carvajal, & Hernández, 2004).

Outro acometimento a saúde destes trabalhadores é a síndrome de *burnout*. Esta foi ilustrada por Freudenberg nos anos 70, e sua definição multidimensional foi desenvolvida por Maslach e Jackson em 1986 cuja sintomatologia era caracterizada por três componentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. O primeiro sintoma se caracteriza pelo forte sentimento de tensão emocional em conjunto uma sensação de esgotamento, falta de energia e de recursos emocionais individuais para manejar com a rotina profissional. Por sua vez, a despersonalização se faz presente através da exteriorização de

sentimentos e atitudes negativas e de indiferença pelos profissionais com os usuários assistidos. O terceiro sintoma é identificado pela atitude negativa perante si mesmo e de desvalorização pessoal em geral que causa impactos negativos no atendimento e contato com as pessoas atendidas (Oliveira, 2015).

Em conjunto com esta carga emocional e concomitante riscos ocupacionais que atravessam o exercício deste tipo de prestação de serviços por cada profissional, a equipe como um todo experimenta a ansiedade e desgaste emocional causando a traumatização das equipes. Esta contaminação deste grupo cria condições para a reprodução da violência do ambiente de trabalho (Svigilsky, 2016). A presença de relações laborais violentas no ambiente de assistência a vítimas de violência doméstica foi identificada em pesquisa efetuada por Quiñones, Cantera e Ocampo (2013). Dentro deste estudo, foram constatadas práticas de intimidação, desvalorização e abuso econômico exercidas pelos superiores hierárquicos.

Este aspecto também se encontra nos desacordos internos entre diagnóstico e prognóstico dos casos atendidos, na coordenação dos serviços e na avaliação dos recursos aplicados para os casos atendidos. Tais questões resultam em impactos negativos para a qualidade dos serviços ofertados aos usuários seja por conflitos internos, ou pelos resultados ocasionados pelos mesmos (Ginés & Barbosa, 2010).

Para minimizar os riscos ocupacionais elencados neste tipo de atividade, um dos recursos utilizados para preservar a saúde e evitar o adoecimento destes profissionais é o autocuidado. Este compreende todas as ações que as pessoas realizam para potencializar a saúde e evitar doenças. Está relacionado ao estilo de vida que, por sua vez, se encontra inserido em condições estruturais, econômicas e culturais de grupos sociais, de forma que seus comportamentos são interpretados conforme as condições e as circunstâncias em que vivem (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, & Campos-Navarro, 2011).

A relevância da adoção destas práticas de autocuidado dentro das equipes de atendimento a alvos de violência está localizada no fato de que a atenção direcionada para si é vital para preservar danos por meio da identificação e compreensão dos sentimentos suscitados diante da aproximação das histórias de agressão. A base desta ferramenta está direcionada para relações e a rede de pessoas (Cruells, 2015).

Assim, a incorporação do autocuidado implica um processo anterior e paulatino de tomada de consciência sobre suas necessidades, expectativas, vulnerabilidades, bem como de seus pontos fortes e recursos pessoais cuja identificação e reconhecimento são promovidos de maneira prudente e objetiva. Este é o ponto de partida para a elaboração de um conjunto de atitudes, individuais e grupais, voltados para o cuidado de si (Ojeda, 2015).

As estratégias de autocuidado em nível individual englobam uma série de práticas como as elencadas a seguir: registro e visibilização do mal-estar, manutenção de áreas pessoais distantes das temáticas de trabalho, evitar a contaminação dos espaços de lazer com temas relacionados a violência, preservar as redes de apoio distanciando assuntos relacionados ao trabalho, construir momentos de esvaziamento e descompressão, formação profissional e fixação de limites e responsabilidades dentro do trabalho (Arón & Llanos, 2004).

Por sua vez, em âmbito grupal, estas ações de autocuidado são fomentadas dentro de um campo de múltiplas possibilidades cujo sustentáculo principal é a troca de apoio entre os membros da equipe. Os seguintes aspectos se localizam neste nível tais como: utilizar os espaços de esvaziamento e descompressão, resolução de conflitos, supervisão e formação profissionais adequada para não criar novos espaços de tensão, busca da coesão interna diante das tensões para defesa de interesses e necessidades, criação de espaços informais de interação na equipe, não proceder julgamentos de colegas de trabalho devido ao seu posicionamento diante dos casos, cultivar o humor nas relações de trabalho e compreender o vínculo formado entre profissionais e usuárias (Ginés & Barbosa, 2010).

Já, dentro do âmbito institucional, determinados aspectos apresentam influência no adoecer ou na preservação da saúde dos funcionários de centros de atendimento a violência tais como: condições físicas do local de trabalho, tipo de trabalho realizado pelo profissional, formas de reconhecimento mediante o serviço prestado, bem como as sanções acionadas diante do descumprimento, conteúdo e natureza da atividade e o estilo de liderança e comunicação adotado pela instituição (Arellanos & Dupuis, 2014).

O papel da instituição na promoção do autocuidado dos seus trabalhadores é um ponto de significativo impacto na saúde das equipes. Este entendimento é reconhecido por pesquisa realizada por Kulkarni, Bell, Hartman e Herman-Smith (2013) com equipes de atendimento a violência contra a mulher em que o sentimento de pouco controle sobre o trabalho, a carga laboral e os valores organizacionais contribuem significativamente para o estresse traumático secundário e o *burnout* nos pesquisados.

Diante destes resultados, torna-se de suma importância que a instituição maneje os conflitos dentro da própria equipe sem atingir a qualidade dos serviços prestados, sejam responsáveis pela educação dos seus funcionários em detectar os sinais do estresse traumático e traumatização vicária e incentive a avaliação periódica destes transtornos nos trabalhadores. Além disso, todas as ações de autocuidado em nível individual precisam ser reforçadas pela cultura organizacional dos locais de trabalho (Sansbury, Graves, & Scott, 2015).

Por fim, após traçar as questões relacionadas aos impactos na saúde dos trabalhadores de atendimento a vítimas de violência, este estudo propõe investigar de que maneira as formas características de adoecimento neste campo bem como o autocuidado vêm sendo explorados no campo científico. A magnitude da revisão sistemática dentro das temáticas propostas está em proporcionar visibilidade para quais âmbitos desta esfera de estudo apresentam uma produção de grande monta e os principais aspectos eleitos para estas construções. Com isso, a partir deste delineamento, torna-se possível identificar as inconsistências e as questões pouco ou não

exploradas e assim, apontar para aspectos desta área que requerem um maior investimento de pesquisa.

Método

Este presente estudo está baseado em uma revisão sistemática de literatura que se apresenta como um recurso como potencial para elevar o potencial de uma busca, levando a um maior número possível de achados de maneira ordenada. Nesta elaboração, a delimitação da questão ou problema ser pesquisado constitui um passo primordial e deve ser suficientemente claro para uma averiguação bibliográfica que supra as necessidades do pesquisador e permita visualizar o estado da arte da problemática em questão (Gómez-Luna, Aponte-Mayor, & Betancourt-Buitrago, 2014).

Para esta construção revisional, foi realizado um levantamento preliminar nas bases de dados nacionais a respeito da temática. Como resultado, foram constatadas poucas produções relacionadas ao autocuidado com profissionais de atendimento a vítimas de violência. Deste modo, decidiu-se pela averiguação deste tema em base de dados internacionais, bem como foi ampliado o escopo desta busca incluindo assuntos relacionados a formas de adoecimento deste grupo profissional.

Assim, foram realizadas buscas por estas temáticas nas seguintes base de dados: *IndexPsi*, *Scielo* e *PsycInfo* em maio e junho de 2018 através do uso da combinação de descritores nos idiomas português, inglês e espanhol. Estas bases foram escolhidas pelo acesso e disponibilidade de artigos que englobavam a área ou eram próximas a temática investigada em questão. Na realização destas buscas, foram utilizadas quatro combinações de descritores com o operador boelano “ *AND* ” tais como: autocuidado *AND* violência; traumatização vicária *AND* violência; transtorno de estresse secundário *AND* violência; *burnout* *AND* violência. Além disso, estas varreduras também foram realizadas nos idiomas inglês e espanhol.

A averiguação dos artigos nas bases de dados descritas anteriormente foi efetuada através dos seguintes critérios de inclusão: publicações que estivessem incluídas entre o período de tempo de janeiro do ano 2000 a abril do ano 2018 e disponíveis na íntegra na base de dados pesquisada, estudos redigidos nos idiomas inglês, espanhol e português, artigos que abordassem a temáticas de autocuidado, traumatização vicária, transtorno de estresse secundário e *burnout* em profissionais ou voluntários que trabalhem no atendimento de vítimas de violência nas áreas de assistência social ou clínica.

Por sua vez, as publicações que não estavam disponíveis na íntegra na base de dados explorada, artigos relacionados a temáticas de autocuidado, traumatização vicária, transtorno de estresse secundário ou *burnout* em profissionais ou voluntários que não trabalhem na assistência social ou clínica de vítimas de violência, artigos repetidos e publicados antes do ano 2000 bem como teses, dissertações, monografias e livros constituíram os parâmetros de exclusão para este estudo.

Nesta busca, em um momento inicial, foi procedida uma apreciação dos resumos localizados nas bases de dados selecionadas a partir da associação dos termos selecionados, descartando as publicações que não se englobavam os critérios de inclusão descritos para esta pesquisa. Neste processo, foram identificados 20 artigos na *IndexPsi*, de maneira que onze destas publicações eram repetidas e quatro enquadradas em campos fora da temática proposta para esta revisão. Assim, após a exclusão destes artigos, cinco publicações ficaram remanescentes sendo três com acesso aberto de recuperação e duas com disponibilidade restrita.

Por sua vez, a busca empreendida na base de dados *Scielo* contabilizou 200 artigos de forma que 83 publicações eram repetidas, 111 artigos estavam localizados em áreas distantes da temática proposta para este estudo e 6 artigos se situavam dentro da temática de interesse desta produção revisional. Já a busca promovida na base de dados *PsycInfo* resultou em 748 artigos, sendo que 235 foram removidos pelos critérios de exclusão, 96 eram anteriores ao ano

2000, 47 eram publicações repetidas e 329 estavam enquadrados fora da temática de discussão. Assim, após esta seleção, os estudos analisados nesta proposta revisional correspondem a 41 publicações. Esta pesquisa também foi empreendida e validada por dois juízes que reproduziram esta averiguação tendo como norteadores: as bases de dados eleitas, os descritores e os critérios de inclusão e exclusão demarcados de maneira preliminar como apontados nos tópicos acima.

A figura 1 resume o fluxo de pesquisa desta revisão sistemática:

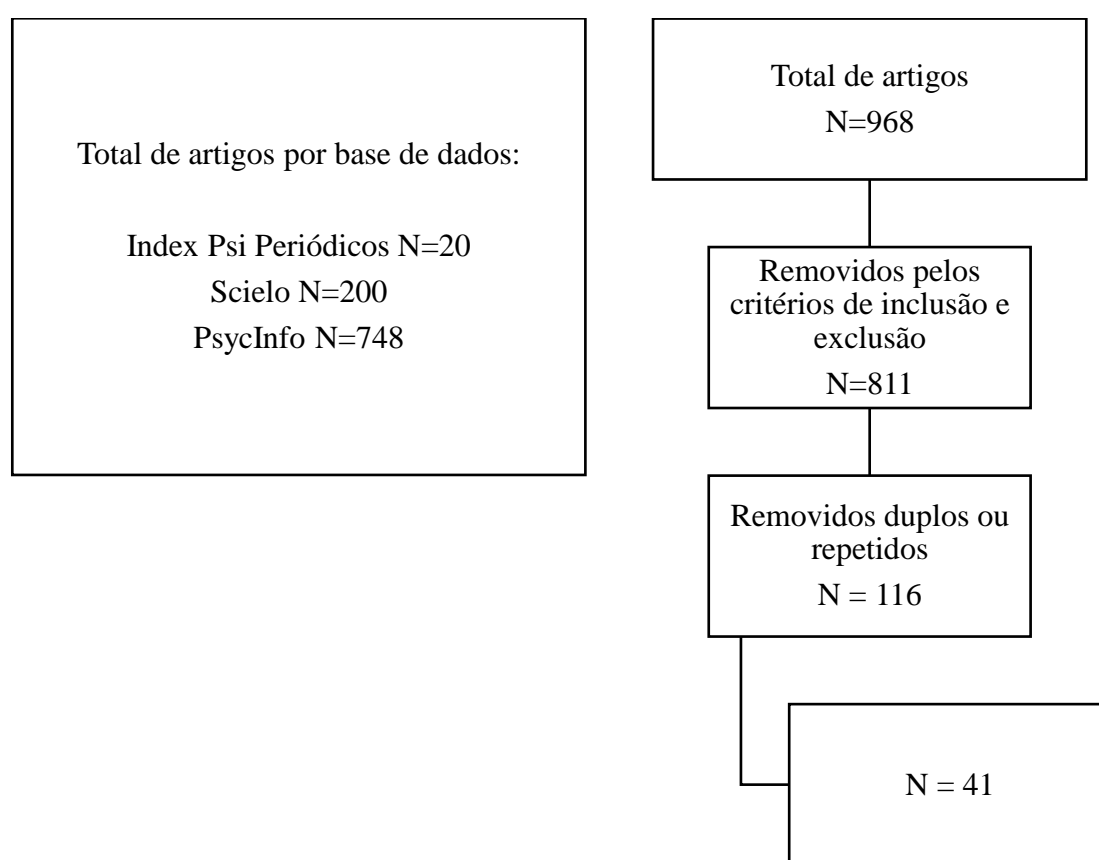


Figura 1 – Fluxograma do processo de busca dos artigos

Foram identificados que 16 publicações estão localizadas no período de 2000 a 2009 e as demais 25 publicações foram produzidas no período de 2010 a 2018. Em relação a nacionalidade dos artigos redigidos, observa-se que há uma significativa produção nos Estados Unidos com cerca de 23 estudos seguidos de Israel e Brasil com 4 produções na área cada, respectivamente. 10 investigações estão distribuídas entre os seguintes países: África do Sul,

Colômbia, Espanha, Guatemala, Índia, México e Peru. Destas publicações, em relação ao idioma, 34 foram redigidos em inglês, 5 em espanhol e 2 em português.

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão exibidos a seguir são sustentados pela análise dos resumos e a leitura na íntegra dos 41 artigos selecionados. Após uma análise qualitativa dos títulos e objetivos das publicações selecionadas para esta produção, as seguintes categorias emergiram: formas de adoecimento e consequências para os trabalhadores da assistência a vítimas de violência, fatores de riscos e proteção para o adoecimento dos profissionais da assistência a vítimas de violência e autocuidado dos profissionais da assistência a vítimas de violência.

Formas de adoecimento e consequências para os trabalhadores da assistência a vítimas de violência

Esta categoria expõe os principais achados de 12 investigações relacionados aos seguintes temas: impactos físicos e emocionais na escuta dos episódios de violência para os profissionais de assistência (Lancman, Ghirardi, Castro, & Tuacek, 2009; Iliffe & Steed, 2000), constatação da presença de sintomas de estresse traumático secundário neste grupo de trabalhadores (Shah, Garland, & Katz, 2007; Lusk & Terrazas, 2015; Bride, 2007; Putman et al, 2009) e *burnout* (Ben-Porat & Itzhaky, 2015), implicações para a vida pessoal e profissional (Ben-Porat & Itzhaky, 2009; Day, Lawson, & Burge, 2017) e prejuízos no relacionamento interpessoal (Robinson-Keilig, 2014; Huertas, 2005; Polo, Castro, & Amarís, 2015) em razão do exercício deste tipo de atividade pelos pesquisados.

Para explicitar o cenário de atendimento destes trabalhadores, uma pesquisa qualitativa realizada com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) nas cidades de São Paulo, Embu e Ribeirão Preto identificou que os trabalhadores destas equipes atendiam, de forma intensa, situações de violência contra a mulher e social que geravam sofrimento psíquico em razão do

medo e do sentimento de vulnerabilidade gerados na aproximação com este tipo de realidade (Lancman, Ghirardi, Castro, & Tuacek, 2009).

Nesta mesma direção, uma investigação com metodologia qualitativa realizada com conselheiros de vítimas de violência nos Estados Unidos clarificou o impacto desta atividade para este grupo profissional que relatou tristeza na escuta dos episódios violentos, exaustão física e emocional, dores de cabeça, tensão no corpo e tentativas de equilibrar aproximação e distanciamento no contato com a demanda atendida. Além disso, estes pesquisados demonstravam alterações em seus esquemas cognitivos através da externalização de menos segurança no mundo, mudanças na visão de mundo e um aumento na percepção de empoderamento e controle social (Iliffe & Steed, 2000).

Os sentimentos mobilizados neste contato com histórias de violência são portas de entrada para o aparecimento de psicopatologias como o estresse traumático secundário cuja sintomatologia é caracterizada pela hiperativação fisiológica, pensamentos intrusivos e atitudes evitativas.

A extensão deste tipo de síndrome foi documentada por estudo com um desenho quantitativo realizado na Índia com trabalhadores de quatro organizações humanitárias que prestavam serviços de atendimento a vítimas de violência. De acordo com os resultados encontrados, todos os participantes deste estudo relataram, pelos menos, um dos sintomas do estresse traumático secundário como consequência da aproximação desta realidade. Além disso, a pontuação média mensurada por instrumento específico para esta síndrome era significativamente maior em trabalhadores localizados em organizações menos privilegiadas (Shah, Garland, & Katz, 2007).

Os sintomas desta psicopatologia foram rastreados em contextos de atendimento a refugiados no México (Lusk & Terrazas, 2015) e em trabalhadores da assistência social nos Estados Unidos (Bride, 2007) sob um escopo investigativo de ordem quantitativa. Os

pesquisados relataram insônia, problemas de concentração, pensamentos intrusivos, distanciamento emocional, frustração e impotência em decorrência da prestação de serviços a vítimas de violência.

Também se percebe que estes trabalhadores podem estar expostos a um alto nível de violência, conforme constatado por estudo com metodologia mista conduzido por Putman et al (2009). Esta exposição contribui significativamente para a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático cuja sintomatologia se intensifica à medida que há um aumento da exposição à violência até atingir um chamado “efeito teto” em que os sintomas desta psicopatologia não progridem com a gradação sucessiva dos níveis de exposição à violência.

Por sua vez, ainda como decorrência deste tipo de atividade, o *burnout* também se apresentou como objeto de investigação desta área, conforme constatado por pesquisa quantitativa realizada por Ben-Porat e Itzhaky (2015) em locais de atendimento as vítimas de violência em Israel. Foram identificados que os pesquisados experimentavam altos níveis desta síndrome, principalmente, entre aqueles com menor tempo de experiência na atividade. Por outro lado, os participantes com maiores níveis de controle interno, autoestima e influência sobre o trabalho demonstravam menores níveis de *burnout*.

Em contrapartida, este tipo de atividade propicia mudanças positivas e negativas na vida pessoal e familiar para os trabalhadores desta área. Estes apontamentos são desenhados em exploração comparativa com trabalhadores sociais de repartições públicas e de centro de assistência a mulheres agredidas em Israel. Identificaram-se maiores mudanças na percepção com os pares, o mundo e a humanidade por parte do grupo de assistência a vítimas de violência da segunda localidade pesquisada. Em contrapartida, os trabalhadores dos centros de atendimento apresentavam um maior desenvolvimento das habilidades positivas, construtivas e de comunicação e um maior controle da raiva (Ben-Porat & Itzhaky, 2009).

Estas mudanças negativas se tornam mais amplas quando os trabalhadores são membros da comunidade, como apontado por estudo empreendido com conselheiros de assistência aos sobreviventes do tiroteio de Virginia Tech nos Estados Unidos. Os resultados indicaram que estes trabalhadores experimentavam dificuldades em separar suas próprias experiências emocionais dos sentimentos dos clientes devido ao trauma compartilhado, evitavam assistir à veiculação midiática do evento e tendiam a evitar conversas sobre o trabalho com os pares e amigos. Por outro lado, após esta experiência, os pesquisados melhoram sua relação com os clientes, adquiriram um maior senso de confiança no trabalho e na própria avaliação terapêutica (Day, Lawson, & Burge, 2017).

Outras consequências também são encontradas dentro do contexto do relacionamento interpessoal deste grupo laboral. De acordo com pesquisa quantitativa construída por Robinson-Keilig (2014) com terapeutas desta área de assistência, foi identificada que há uma associação significativa entre níveis altos de estresse traumático secundário com baixa satisfação no relacionamento, menor intimidade social e maior uso de comunicação de evitação independente do gênero, anos de experiência em aconselhamento e o nível de exposição aos traumas dos clientes dos pesquisados. Estes problemas de convivência também são indicados por trabalho promovido por Huertas (2005) com profissionais de assistência a refugiados na Colômbia. Estes achados apontam para a importância do apoio interpessoal como recurso-chave e estratégia de enfrentamento para o estresse.

Estes impactos também são delineados em investigação qualitativa feita por Polo, Castro e Amarís (2015) com trabalhadores em serviços de atendimento a vítimas de conflitos políticos na Colômbia cujo exercício das atividades é dotado de poucas possibilidades de criatividade ou autonomia tornando as tarefas repetitivas e desanimador. Assim, à medida que os sentimentos de exaustão e tédio aumentam, também há um acréscimo na deterioração das relações no local de trabalho. As dificuldades de relacionamento interpessoal aumentam a

monotonia e limitam as possibilidades de trabalho que constituem importantes fatores de risco para o *burnout*.

Assim, os estudos apresentados nesta parte da discussão identificaram que os sentimentos acionados pela aproximação com histórias de adoecimento são vias de acesso em direção a sintomatologia do transtorno de estresse secundário e *burnout*, de maneira que há impactos negativos nos esquemas cognitivos, na saúde física e na qualidade do relacionamento interpessoal. Em contrapartida, estas vivências propiciam a construção e desenvolvimento de novas habilidades construtivas para o andamento das atividades laborais.

O próximo tópico desta revisão pretende elencar os estudos com foco nos fatores de riscos e proteção para a ocorrência destas formas de adoecimento neste conjunto de trabalhadores.

Fatores de riscos e proteção para o adoecimento dos profissionais de assistência a vítimas de violência

Esta categoria retrata os resultados elencados por 16 publicações cuja organização foi elaborada de acordo com os seguintes assuntos: fatores e riscos em níveis pessoais, organizacionais e ambientais para o transtorno traumático secundário (MacRithie & Leibowitz, 2010; Jenkins & Baird, 2002; Kulkarni et al, 2013; Ben-Porat, 2017; Dworkin, Sorell, & Allen, 2016; Jenkins, Baird, Whitfield, & Meyer, 2011; Baum, 2016), fatores de proteção para este adoecimento (Slaterry & Goodman, 2009; Choi, 2011; Bell, 2003; Choi, 2017), fatores e riscos em níveis pessoais, organizacionais e ambientais para o *burnout* (Santos, Pereira, & Carlotto, 2010; Ullman & Townsend, 2007; Baker, O'Brien, & Salahuddin, 2007), fatores de proteção para o *burnout* (Bemiller & Williams, 2011) e fatores para o crescimento deste grupo profissional após a exposição a histórias de violência (Ben-Porat, 2015).

Assim, com o objetivo de examinar o impacto psicológico do atendimento a alvos de violência neste grupo profissional, MacRithie e Leibowitz (2010), dentro de um desenho

metodológico misto, estudaram o nível de exposição ao material traumático, de empatia, de suporte social percebido e a relação com o estresse traumático secundário em trabalhadores desta área. Foram encontradas uma relação moderada entre empatia e a psicopatologia, uma conexão inversa entre suporte social percebido e o adoecimento e um maior nível de sintomas em pesquisados com história de trauma pessoal. Em relação a este último aspecto, Jenkins e Baird (2002), em um estudo validacional quantitativo, apontaram que os conselheiros da assistência a vítimas de violência com esta característica apresentavam maiores pontuações em fadiga por empatia.

Ainda no caminho da análise dos fatores e riscos individuais e organizacionais para a emergência de psicopatologias neste grupo profissional, Kulkarni et al (2013), em uma investigação quantitativa, identificaram nos trabalhadores de assistência a violência contra a mulher que a percepção de uma desmedida carga de trabalho tem relação direta com a ocorrência dos sintomas de estresse traumático secundário, bem como há uma associação positiva entre fadiga por empatia e um longo tempo de exercício desta atividade e o compartilhamento dos valores organizacionais.

Dentro desta mesma proposta avaliativa, um estudo quantitativo realizado por Ben-Porat (2017) com assistentes sociais empregados em centros de prevenção da violência familiar, em abrigos para vítimas de violência contra as mulheres e nas agências de serviço social em Israel indicou que quanto maior o conhecimento das tarefas e de resolução dos problemas, a influência no trabalho, a autoestima e um senso de competência, menor a chance para a ocorrência do transtorno de estresse secundário. Além disso, foi apontado que quanto mais os assistentes sociais se sentiam desamparados e experimentavam sintomas de traumatização secundário, mais eles buscavam apoio social fora do local de trabalho.

No contexto de exploração dos fatores da conjunção de riscos para este transtorno, uma pesquisa quantitativa empreendida por Dworkin, Sorell e Allen (2016), com fins de

compreender os correlatos para a ocorrência deste transtorno em funcionários de centro de atendimento a vítimas de estupro nos Estados Unidos, indicou que quanto mais jovem, maior a quantidade de clientes atendidos, maior a gravidade do histórico pessoal de violência e mais baixo o nível de supervisão, maiores serão as chances para a emergência deste adoecimento nos pesquisados. Também como aspecto propiciador para o relato de sintomas desta psicopatologia está a presença de histórico pessoal de trauma, como constatado em investigação de metodologia mista empreendida com conselheiros de alvos de violência contra a mulher neste mesmo país (Jenkins, Baird, Whitfield, & Meyer, 2011).

Por sua vez, Baum (2016), em sua revisão sistemática, apontou para as diferenças na suscetibilidade a esta psicopatologia em médicos de serviços de proteção à criança, centros de atendimento à violência familiar e abuso sexual e atendimento a sobreviventes de desastres. Constatou-se que há uma propensão para a ocorrência deste adoecimento em profissionais do sexo feminino cujas explicações se direcionam para uma destas vertentes: uma maior chance das mulheres já terem vítimas de violência em algum momento de suas vidas e maior tendência destas em relatarem sofrimento emocional.

Já Slaterry e Goodman (2009), dentro de um desenho exploratório quantitativo, ao identificar os riscos e fatores de proteção para a ocorrência do transtorno de estresse secundário em advogados de atendimentos a alvos de violência de gênero, concluíram que o poder compartilhado, o suporte dos colegas e a qualidade da supervisão clínica são fatores de proteção para o aparecimento deste adoecer. O primeiro fator protetivo exerce significativo impacto para os profissionais com histórico pessoal de violência. Neste mesmo sentido, ao analisar a influência das características organizacionais para este adoecer em uma exploração quantitativa com trabalhadores sociais, Choi (2011) identificou que os pesquisados com maior apoio dos colegas de trabalho, da supervisão, das equipes de trabalho e maior acesso às informações estratégicas da organização, exibiam menores níveis de estresse traumático secundário.

Ainda dentro do contexto do estudo dos fatores de proteção para o adoecimento, uma exploração qualitativa com trinta conselheiros de alvos de violência contra a mulher identificou que os seguintes aspectos contribuíam para a incidência de menor estresse entre cerca de vinte e cinco profissionais do grupo pesquisado: a experiência de ser mais grato, compassivo e menos crítico com o resultado do próprio trabalho, ter modelos positivos familiares, adoção de crenças pessoais positivas para lidar com os eventos de agressões atendidas e ter resolvido suas próprias vivências pessoais de trauma e violência (Bell, 2003). Por sua vez, Choi (2017), em uma investigação quantitativa com trabalhadores sociais para mensurar a relação entre empoderamento e estresse traumático, constatou que os trabalhadores com maior empoderamento psicológico apresentam menores níveis de transtorno de estresse secundário.

Em contrapartida, para compreender as variáveis demográficas, laborais e psicossociais facilitadoras do *burnout* em trabalhadores da área de assistência a vítimas, uma pesquisa quantitativa conduzida por Santos, Pereira e Carlotto (2010) com profissionais desta área no Brasil apontou que a insatisfação no trabalho, a percepção de que o trabalho é estressante e a presença de prejuízos para a saúde física e mental ocasionados pela atividade desenvolvida potencializam o desgaste físico e emocional. Além disso, as barreiras organizacionais são elencadas como aspectos de desgaste ao afetar a capacidade de ajuda de profissionais dos centros de vítimas de estupro nos Estados Unidos como configurado por pesquisa qualitativa de Ullman e Townsend (2007) com este grupo. Dentre os obstáculos identificados, são citados os seguintes: falta de recursos, baixos salários que contribuem para a rotatividade da equipe, falta de remuneração adequada, de apoio, de responsabilidade para o trabalho, assédio laboral, demandas de trabalho rígidas e inflexibilidade dos gestores.

Por sua vez, para verificar a relação entre estresse, enfrentamento e *burnout* em trabalhadores de abrigos para mulheres alvos de violência, Baker, O'Brien e Salahuddin (2007), em uma investigação qualitativa, constatou que a pressão do tempo pode forçar os trabalhadores

a executar as atividades em um ritmo muito rápido e obrigá-los a não ter pausas, o que pode fazer com que os trabalhadores se sintam sobrecarregados e exaustos. No entanto, as variáveis *coping* e apoio social não foram preditivos para exaustão emocional e baixa realização pessoal, dois sintomas desta síndrome.

Dentro do contexto de avaliação destes fatores protetivos, uma exploração de Bemiller e Williams (2011) com o objetivo de avaliar os fatores de proteção para o *burnout* em advogados alocados em serviços de atendimento de alvos de estupro nos Estados Unidos, detectou que as recompensas no trabalho, a dedicação e a adaptação profissional são importantes fatores atenuantes para o *burnout*.

Por outro lado, um estudo quantitativo de Ben-Porat (2015) com trabalhadores de centro de atendimento à violência em Israel buscou identificar fatores que contribuem para o crescimento pessoal destes profissionais em departamentos de serviços sociais e centros de atendimento à violência. Dentre os resultados encontrados, observou-se que os trabalhadores dos departamentos sociais apresentavam um maior senso de competência e de influência laboral estão mais propícios a experimentar um crescimento após a traumatização secundária. Os autores também expõem que níveis moderados de exposição a histórias de violência e maior tempo de trabalho destes pesquisados são aspectos preditivos para maior crescimento pessoal após a vivência deste transtorno.

Deste modo, as pesquisas trazidas nesta categoria catalogaram uma série de aspectos de ordem pessoal, organizacional e ambiental que potencializam ou minimizam a ocorrência de transtorno de estresse secundário e *burnout* em profissionais de assistência a vítimas de violência e o crescimento pessoal após a vivência da traumatização secundária.

Diante dos riscos e fatores evidenciados para a saúde destes trabalhadores, a próxima categoria expõe os principais estudos acerca do autocuidado que constitui a principal ferramenta de preservação da saúde e afastamento destas doenças neste público profissional.

Autocuidado dos profissionais de assistência a vítimas de violência

Esta categoria engloba os achados descritos em 13 publicações cuja sequência de discussão foi sistematizada conforme as seguintes temáticas: formas e estratégias de autocuidado em profissionais da assistência a vítimas de violência (Gomá-Rodríguez, Cantera, & Silva, 2018; Wasco, Campbell, & Clark, 2002), a relevância da incorporação do autocuidado na formação dos futuros profissionais (Urdang, 2010; O'Halloran & O'Halloran, 2001; Cantera & Cantera, 2014), discussões teóricas e práticas sobre os elementos para o autocuidado deste conjunto de trabalhadores (Ginés & Barbosa, 2010; Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016; Sommer, 2008) e modelos e propostas interventivas de promoção da saúde para estes profissionais (Ifrach & Miller, 2016; Madsen, Blitz, McCorkle, & Panzer, 2003; Howlett & Collins, 2014; Damásio, Habigzang, Freitas, & Koller, 2014; Dutton et al., 2017).

Para conhecer as formas de autocuidado empregadas por profissionais de combate a violência contra a mulher na Espanha, uma exploração qualitativa conduzida por Gomá-Rodríguez, Cantera e Pereira (2018) com este conjunto de trabalhadores identificou as seguintes formas de cuidado de si: ter férias, dias livres à disposição, alimentação, sono adequados e frequentar psicoterapia. Além disso, também foram pontuados que alguns profissionais utilizam o estresse negativo como forma de lidar com as demandas do trabalho até que o corpo fique exausto e a presença da marcação do estereótipo do tempo da mulher dedicado ao cuidado com o outro faz com que esta não se tenha permissão para se sentir mal.

Dentro da mesma proposta, uma pesquisa de metodologia mista promovida por Wasco, Campbell e Clark (2002) nos Estados Unidos se apresentou com o intuito de entender como as organizações afetam as estratégias de autocuidado dos profissionais de uma equipe de prestação de serviços a alvos de agressão sexual. Os resultados indicaram que os trabalhadores alocados em ambientes com níveis mais altos de apoio organizacional podem ter mais frequentemente atitudes integrativas, voltadas para o desenvolvimento de habilidades e procuram mais apoio

para compensar a exposição diária as histórias de violência. Por sua parte, há um maior uso das estratégias catárticas, voltadas para a regulação emocional no contato com a demanda atendida, por parte destes trabalhadores em organizações com menos apoio.

Para discutir a importância da prática do cuidado em si nesta área de atuação em foco, um estudo teórico atenta para a significativa relevância de incorporar a auto-reflexão na educação para o trabalho não só para o contexto clínico, como também para qualquer espaço de atuação profissional. Dentre as questões levantadas para aclarar a dimensão fundamental para o cuidado de si, algumas são descritas a seguir: o encontro clínico constitui um campo propício para a emergência de sentimentos conflitantes, a auto-revelação e a identificação excessiva no contato com a demanda atendida que fazem com que os alunos direcionem o tratamento para atender as próprias necessidades e experiências. Com isso, torna-se crucial que os professores promovam uma atmosfera psicológica com ênfase no valor da autoconsciência e compartilhamento das experiências profissionais. Este modelo servirá como fundação para o desenvolvimento do eu profissional que precisa ser nutrido e cultivado no trabalho social (Urdang, 2010).

Nesta mesma direção, outro desenho teórico com foco em abordar as dificuldades emocionais que os alunos experimentam na graduação ao atender casos de violência, elencou uma série de estratégias de autocuidado voltados para este público discente. Neste sentido, para o reconhecimento das angústias emergentes nos alunos no exercício deste trabalho, este público deve ser estabelecido dentro de um ambiente de segurança em sala de aula através de adoção de uma postura acolhedora por parte dos docentes e a apresentação de um conteúdo programático detalhado e claro e regras explícitas para o curso em questão. Além disso, torna-se recomendável realizar um trabalho, neste ambiente de aprendizagem, em que as histórias de trauma e de violência ouvidas pelos discentes em seus atendimentos sejam reconstruídas por meio da leitura dos vários indutores para este tipo de experiência. Por fim, esta construção

também aponta para a relevância do autocuidado da saúde física, do fortalecimento das relações com amigos e familiares (O'Halloran & O'Halloran, 2001).

A importância de incorporar o autocuidado ativo nos programas de formação de Psicologia Comunitária é foco do estudo teórico de Cantera e Cantera (2014). A publicação aponta que os profissionais envolvidos em contexto de atendimento a problemáticas sociais não estão inatingíveis a estas e por isso, é necessário que sejam trabalhados o eu em todos os níveis (pessoal, relacional e social) na relação com as demandas atendidas e vice-versa. Assim, para assegurar o exercício deste cuidado de si, é necessário que sejam desenvolvidas, através da formação em Psicologia Comunitária, competências teóricas e práticas sobre o cuidado de si que constituirão uma ferramenta de combate ao adoecimento laboral nos profissionais da área.

Ainda nesta mesma área, com o objetivo de apresentar um modelo de acompanhamento em autocuidado com equipes envolvidos neste trabalho, uma investigação teórica de Velázquez, Rivera e Custodio (2016) apontou para a importância da implementação dos seguintes processos para esta finalidade: monitoramento permanente das atividades em campo, análise da correlação das atividades realizadas e os objetivos da mudança social, descrição e compreensão do impacto da violência no próprio fazer dos membros da equipe e uma reflexão crítica das instituições a respeito do autocuidado. Também são apontados para a importância de incluir diálogos sobre o tempo que os profissionais dedicam à família, ao trabalho e a vida social, a identificação com as histórias do trabalhador comunitário e verbalizar as situações de controle e exercício de poder trazendo compreensões sobre os limites da intervenção.

Por sua vez, uma construção qualitativa promovida por Ginés e Barbosa (2010) com profissionais no Brasil procurou expor conceitos básicos de autocuidado através da análise do trabalho desenvolvido pelos profissionais da assistência social no atendimento de violência familiar. Trata-se de um contexto fértil para o aparecimento de contradições e dilemas éticos devido à falta de clareza das histórias narradas pelos protagonistas destes casos e da própria

reação emocional da equipe devido ao andamento dos fatos no contexto assistido. Neste interim, os autores apontam para a importância de estratégias que promovam o bem-estar dos profissionais através da construção de espaços de esvaziamento de descompressão, a formação profissional, espaços informais de oxigenação e o incentivo à ativação de redes sociais significativas (amigos, família, etc.), manutenção das áreas pessoais livres de contaminação, o desempenho de atividades recreativas e evitar associar espaços de lazer com temas relacionados à violência.

Dentro da discussão sobre a relevância da supervisão para os profissionais de atendimento a alvos de violência sexual, uma pesquisa qualitativa com este conjunto de trabalhadores nos Estados Unidos procurou entender o significado das experiências de traumatização vicária elaborados nestes espaços supervisionados. Os participantes apontaram que pequenas mudanças neste tipo de vivência de traumatismo vicário é identificado quando a supervisão não é dirigida para os seus sentimentos. Por outro lado, indicam para a valor deste elemento do autocuidado profissional quando são validadas e reconhecidas as vivências de traumatização vicária através da adoção de uma postura tranquilizadora e colaborativa por parte do supervisor. Além disso, identifica-se que este aspecto apresenta falhas dentro das organizações pesquisadas tais como: o supervisor é chefe do profissional supervisionado, falta de prioridade ou pouco tempo dedicado para o desenvolvimento das ações neste âmbito organizacional (Sommer, 2008).

No conjunto de modelos de atenção aos impactos da violência para os trabalhadores da área de atendimento a este público, a implementação do modelo *Sanctuary*, em abrigos de mulheres vítimas de violência, trouxe a proposta de compartilhamento da aprendizagem social e empoderamento em um contexto de grupo como fundamentos para o cuidado tanto das abrigadas como os trabalhadores destes ambientes. A partir destes eixos, foram elaboradas novas regras dentro deste local através de decisões compartilhadas entre equipe e residentes, a

incorporação de uma linguagem mais inclusiva e menos autoritária na comunicação entre profissionais e residentes e a adoção de uma hierarquia mais enxuta (Madsen, Blitz, McCorkle, & Panzer, 2003).

Como forma de ampliar a discussão sobre a efetividade dos programas de autocuidado, uma pesquisa qualitativa de Howlett e Collins (2014) realizada com voluntários de centros de atendimento a alvos de violência contra a mulher na África Sul com a finalidade de entender os riscos de traumatização vicária e as possibilidades de resiliência neste grupo, identificou que os pesquisados estavam imersos em programas e espaços de autocuidado com lacunas na ligação entre teoria e a prática ou sem efetividade, adotavam práticas de autocuidado pessoais relacionadas à religiosidade e a espiritualidade como meditação.

Contudo, neste âmbito das intervenções com o propósito de diminuir o adoecimento ou preservar a saúde, uma investigação qualitativa empreendida com profissionais da assistência a vítimas de abuso infantil no Brasil buscou avaliar em que medida uma intervenção de grupoterapia reduz os níveis de *burnout* e estresse no trabalho. Para isso, foi aplicada uma medida de avaliação desta psicopatologia, antes e após a intervenção, em um grupo submetido a terapia proposta e outro não exposto a esta proposta interventiva. Foram identificados que o primeiro grupo teve os níveis de *burnout* aumentados enquanto, o segundo grupo apresentou níveis de exaustão e de eficácia profissional estáveis e um decréscimo nos níveis de despersonalização. Tais resultados se direcionam para a importância do gerenciamento das demandas de trabalho como forma de melhoria dos níveis de bem-estar (Damásio, Habigzang, Freitas, & Koller, 2014).

Com esta mesma proposta interventiva, uma construção de metodologia qualitativa e quantitativa conduzida por Ifrach e Miller (2016) teve como objetivo avaliar a eficácia de uma sessão de terapia de arte de ação social para tratar sintomas de estresse e fadiga por compaixão em conselheiros que trabalham em serviços de violência contra a mulher e de agressão sexual.

Antes da implementação terapêutica, os sintomas de estresse e de fadiga por compaixão foram mensurados através de instrumentos específicos para este fim. Os resultados apontaram que uma intervenção de arteterapia de ação social reduz o estresse dos participantes, conforme medido pelos resultados das pesquisas pós-intervenção. Dentre as explicações propostas pelos autores deste estudo, a obra de arte tem o potencial de libertar os sentimentos, bem como facilita um compartilhamento de conexão com seus pares e assim, diminuiu o estresse do grupo e mais sentimentos positivos surgiram.

Outra forma de atuação para preservação da saúde destes profissionais foi proposta, através de uma exploração de ordem quantitativa e qualitativa construída por Dutton et al. (2017) nos Estados Unidos, que procurou recolher dados preliminares sobre a eficácia do modelo interventivo voltada para melhoria do bem-estar e resiliência dos participantes. A intervenção foi promovida, através da inclusão dos profissionais alocados em serviços de atendimento a adultos sobreviventes de abuso infantil, agressão sexual e violência contra a mulher de quatro organizações comunitárias nos retiros de artes de cura holística caracterizados por um foco no presente, empatia, aceitação e consideração positiva pelo outro. Para averiguar os efeitos desta proposição, foram realizadas mensurações de diferentes variáveis físicas e emocionais pré e pós-intervenção. Após a participação nestes retiros, ocorreram um decréscimo nos níveis de insônia, dos sintomas de estresse traumático secundário e de depressão, estresse percebido, um aumento na satisfação com a vida, dos níveis de estima física-corporal, da atenção para o autocuidado e da autoeficácia.

Assim, as investigações discutidas nesta classe desvelam para a importância da incorporação do autocuidado na educação para o trabalho dos futuros profissionais, os principais elementos necessários para implementação de ações de atenção à saúde destes trabalhadores e apresentou diferentes propostas direcionados para o cuidado da saúde física e emocional deste grupo profissional.

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo investigar de que maneira as formas características de adoecimento e o autocuidado vêm sendo explorados no campo científico. Identificou-se que a atividade de assistência a vítimas a violência ocasiona formas de adoecimento para os profissionais desta área como *burnout* e estresse traumático secundário trazendo implicações para a vida pessoal e profissional do trabalhador. Outras publicações analisadas remetem a um conjunto de fatores de risco que concorrem para este adoecimento, bem como os aspectos de proteção que minimizam os impactos dos riscos ocupacionais desta prestação de serviços. Além disso, outros escritos discutem a importância da incorporação do autocuidado como proposta educacional para o trabalho destes futuros profissionais e apresentam modalidades interventivas junto a este grupo profissional dentro de uma proposta de preservação da saúde dos participantes.

Assim, esta construção revisional aponta para uma realidade profissional com significativo risco para saúde e desvela, de forma condensada e sistematizada, as direções propostas pelas investigações em diferentes países. Percebe-se que há um conjunto de investigações voltadas para a mensuração das formas de adoecimento, prejuízos na vida pessoal e profissional decorrentes da assistência a alvos de violência, bem como os aspectos de risco e proteção para este o *burnout* e transtorno de estresse secundário. No entanto, apesar da produção sobre a importância educacional do autocuidado e de modelos interventivos focados neste aspecto, constata-se que há pouca produção relacionada a compreensão de como os profissionais buscam cuidar de si e os contextos que facilitam e criam obstáculos para este autocuidado. Com isso, entende-se que esta construção aponta para lacunas teóricas nos estudos sobre a saúde destes profissionais e indica os aspectos com maior carência de estudos dentro desta temática.

Assim, faz-se necessário que as próximas produções nesta área envidem esforços em atentar para os fatores sociais, econômicos e culturais que contribuem tanto para o adoecimento como para o autocuidado nos profissionais de assistência a vítimas de violência. Esta orientação se deve ao fato de que países, como o Brasil, não possuem modelos oficiais ou programas públicos voltados para a atenção à saúde destes profissionais e assim, para que estes sejam implementados, são necessárias informações que podem ser fornecidas por explorações focadas na compreensão das questões apontadas acima. Com isso, sugere-se que os futuros escritos dentro desta temática sirvam de norteadores práticos para a preservação e cuidado com a saúde destes trabalhadores.

Referências

- Antunes, R (1999). *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Arellanos, VD, & Dupuis, NG (2014). *Lineamientos para el cuidado de los equipos, promoción y autocuidado y atención en crisis*. Guatemala: IDEART.
- Arenas-Monreal, L, Jasso-Arenas, J, & Campos-Navarro, YR (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, 18(4), 42-48. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- Arón, A. M.; Llanos, M. T. Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia (2004). *Sistemas Familiares*, 20 (2) ,5-15, 2004. Recuperado de http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf.
- Baker, LM, O'Brien, K M, & Salahuddin, NM (2007). Are shelter workers burned out? An examination of stress, social support, and coping. *Journal of Family Violence*, 22(6), 465-474. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-007-9103-1>

- Baum, N (2016). Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 221-235.
[/doi/abs/10.1177/1524838015584357](https://doi.org/10.1177/1524838015584357)
- Bell, H (2003). Strengths and secondary trauma in family violence work. *Social work*, 48(4), 513-522. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.513>
- Bemiller, M, & Williams, LS (2011). The role of adaptation in advocate burnout: A case of good soldiering. *Violence against women*, 17(1), 89-110.
[doi/abs/10.1177/1077801210393923](https://doi.org/10.1177/1077801210393923)
- Ben-Porat, A (2015). Vicarious post-traumatic growth: Domestic violence therapists versus social service department therapists in Israel. *Journal of family violence*, 30(7), 923-933.
Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-015-9714-x>
- Ben-Porat, A (2017). Competence of trauma social workers: the relationship between field of practice and secondary traumatization, personal and environmental variables. *Journal of interpersonal violence*, 32(8), 1291-1309. [doi/abs/10.1177/0886260515588536](https://doi.org/10.1177/0886260515588536)
- Ben-Porat, A, & Itzhaky, H (2009). Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, 24(7), 507-515. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-009-9249-0>
- Ben-Porat, A, & Itzhaky, H (2015). Burnout among trauma social workers: The contribution of personal and environmental resources. *Journal of Social Work*, 15(6), 606-620.
Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468017314552158>
- Bride, BE (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 52(1), 63-70. Disponível em <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/52/1/63/1943661>

- Cantera, LM, & Cantera, FM (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97.
<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>
- Choi, GY (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>
- Choi, GY (2017). Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, 17(3), 358-378. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468017316640194>
- Cruells, CP (2015) Diez propuestas para cuidarse y cuidar en las profesiones sociales. Hacia la construcción de una cultura del cuidado en los profesionales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (22), 171-183. Recuperado de <https://www.siiis.net/documentos/ficha/509681.pdf>
- Damáσιο, BF, Habigzang, LF, Freitas, CPPD, & Koller, SH (2014). Can a cognitive-behavioral group-therapy training program for the treatment of child sexual abuse reduce levels of burnout and job-strain in trainees? Initial evidence of a Brazilian model. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(58), 233-242. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272458201411>
- Day, KW, Lawson, G, & Burge, P (2017). Clinicians' experiences of shared trauma after the shootings at Virginia Tech. *Journal of Counseling & Development*, 95(3), 269-278. Disponible em <https://doi.org/10.1002/jcad.12141>
- Dutton, MA, Dahlgren, S, Franco-Rahman, M, Martinez, M, Serrano, A, & Mete, M (2017). A holistic healing arts model for counselors, advocates, and lawyers serving trauma survivors: Joyful Heart Foundation Retreat. *Traumatology*, 23(2), 143-152. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/buy/2017-09423-001>

- Dworkin, ER, Sorell, NR, & Allen, NE (2016). Individual-and setting-level correlates of secondary traumatic stress in rape crisis center staff. *Journal of interpersonal violence*, 31(4), 743-752. <https://doi.org/10.1177/0886260514556111>
- Ginés, Ó, & Barbosa, EC (2010). Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12(2-3)297-313. Recuperado de http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf
- Goldblatt, H (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8),1645-1654. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x>
- Gomà-Rodríguez, I, Cantera, LM, & Silva, JP da (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicacion de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas*, 17(1), 132-143. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1058>
- Gómez-Luna, E, Fernando-Navas, D, Aponte-Mayor, G, & Betancourt-Buitrago, LA (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *DYNA: revista de la Facultad de Minas. Universidad Nacional de Colombia. Sede Medellín*, 81(184), 158-163. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4717293>
- Huertas, M. (2005). Aproximación a la dinámica riesgos-autocuidado en equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados en Pasto, Colombia. *Psyke (Santiago)*, 14(2), 133-147. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200011>
- Howlett, SL, & Collins, A (2014). Vicarious traumatisation: risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180-190. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0081246314524387>

- Kulkarni, S, Bell, H, Hartman, JL, & Herman-Smith, RL (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2), 114-130. Recuperado de <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.5243/jsswr.2013.8>
- Ifrach, ER, & Miller, A (2016). Social action art therapy as an intervention for compassion fatigue. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.009>
- Iliffe, G, & Steed, LG (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of interpersonal violence*, 15(4), 393-412. <https://doi.org/10.1177/088626000015004004>
- Jenkins, SR, & Baird, S (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Jenkins, SR, Mitchell, JL, Baird, S, Whitfield, SR, & Meyer, HL (2011). The counselor's trauma as counseling motivation: Vulnerability or stress inoculation? *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2392-2412. <https://doi.org/10.1177/0886260510383020>
- Jiménez, BM, Benadero, MEM, Novoa, MML, Carvajal, RR, & Hernández, EG (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/785/78522108/>
- Lancman, S, Ghirardi, MIG, Castro, EDD, & Tuacek, TA (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 682-688. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009000400015&script=sci_arttext&tlng=es

- Lusk, M, & Terrazas, S (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. <https://doi.org/10.1177/0739986315578842>
- MacRitchie, V, & Leibowitz, S (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149-158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Madsen, LH, Blitz, LV, McCorkle, D, & Panzer, G (2003). Sanctuary in a domestic violence shelter: A team approach to healing. *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 155-171. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021307811184>
- O'Halloran, MS, & O'Halloran, T (2001). Secondary traumatic stress in the classroom: Ameliorating stress in graduate students. *Teaching of Psychology*, 28(2), 92-97. https://doi.org/10.1207/S15328023TOP2802_03
- Ojeda, T (2015). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/347>
- Oliveira, RMK de (2015). *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. 3ª ed. São Leopoldo: Sinodal.
- Penso, MA, Almeida, TMC de, Brasil, KCT, Barros, CA de, & Brandão, PL (2010). O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas em Psicologia*, 18(1), 137-152. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100012
- Polo, JD, Castro, A de, & Amarís, M (2015). The Experience of Well-Being in Professionals Who Support Victims of Political or Familiar Conflicts During Their Social Integration Process in Barranquilla, Colombia. *Community mental health journal*, 51(1), 118-124. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-014-9754-3>

- Putman, KM, Lantz, JI, Townsend, CL, Gallegos, AM, Potts, AA, Roberts, RC, ... & Foy, DW (2009). Exposure to violence, support needs, adjustment, and motivators among Guatemalan humanitarian aid workers. *American Journal of Community Psychology*, 44(1-2), 109-115. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9249-5>
- Quiñones, P, Cantera, LM, & Ocampo, CLO (2013). La violência relacional em contextos laborales que trabajan contra la violência. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (135-155).Barcelona: Amentia Editorial.
- Robinson-Keilig, RA (2014). Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *Journal of interpersonal violence*, 29(8), 1477-1496. <https://doi.org/10.1177/0886260513507135>
- Sansbury, BS, Graves, K, & Scott, W (2015).Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma*, 17(2), 114-122. <https://doi.org/10.1177/1460408614551978>
- Santos, CD, Pereira, KW, & Carlotto, MS (2010). *Burnout* em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. *Barbarói*, (32), 69-81. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010465782010000100005&script=sci_abstract&tlng=en
- Shah, SA, Garland, E, & Katz, C (2007). Secondary traumatic stress: Prevalence in humanitarian aid workers in India. *Traumatology*, 13(1), 59-70. <https://doi.org/10.1177/1534765607299910>
- Silva, ES (2011) *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Slattery, SM, & Goodman, LA (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence against women*, 15(11), 1358-1379. <https://doi.org/10.1177/1077801209347469>

Sommer, CA (2008). Vicarious traumatization, trauma-sensitive supervision, and counselor preparation. *Counselor Education and Supervision*, 48(1), 61-71.

<https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2008.tb00062.x>

Svigilsky, AMA (2016). Cuidar a los que trabajan: climas laborales tóxicos y nutritivos.

XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago: Chile. Recuperado de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/FE7787B8E9EEBF22052580B200821538/\\$FILE/aron.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/FE7787B8E9EEBF22052580B200821538/$FILE/aron.pdf)

Velázquez, T, Rivera, M, & Custodio, E (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334. Recuperado de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v5n2/v5n2a13.pdf>

Ullman, SE, & Townsend, SM (2007). Barriers to working with sexual assault survivors: A qualitative study of rape crisis center workers. *Violence Against Women*, 13(4), 412-443.

<https://doi.org/10.1177/1077801207299191>

Urdang, E (2010). Awareness of self—A critical tool. *Social Work Education*, 29(5), 523-538.

<https://doi.org/10.1080/02615470903164950>

Wasco, SM, Campbell, R, & Clark, M (2002). A multiple case study of rape victim advocates' self-care routines: The influence of organizational context. *American Journal of Community Psychology*, 30(5), 731-760. Recuperada de

<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016377416597>

-CAPÍTULO 3-

CAMINHOS DIVIDIDOS: AUTOCUIDADO DAS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Resumo

Esta pesquisa teve o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher. Com este propósito, foi aplicado um roteiro de entrevista com perguntas sobre estes aspectos em 12 profissionais de centros de atendimento a vítimas de violência contra a mulher de Aracaju e interior de Sergipe, Brasil. Os achados remetem para a importância dos fatores socioculturais e econômicos nas práticas de cuidado em saúde, os prejuízos causados em nível coletivo e institucional da presença de um Estado distanciado das questões públicas e revelam os conflitos e dificuldades de delimitação do papel do profissional da psicologia na área da assistência social. Assim, os resultados deste estudo apontam para o fortalecimento do debate dos papéis assumidos pela mulher, dos movimentos de políticas públicas e de construção de novos saberes para a atuação profissional do psicólogo.

Palavras-Chaves: Trabalho Social; Riscos Ocupacionais; Autocuidado.

Introdução

Os serviços de atendimento a mulheres agredidas representam um desdobramento dos princípios, diretrizes e ações da Política Nacional de Enfrentamento à violência contra a mulher (Brasil, 2011). Os profissionais alocados nestes tipos de serviços são testemunhas de relatos permeados pela agressão que suscitam ansiedade, angústia, impotência e até mesmo danos para a saúde física deste trabalhador.

O impacto de cuidar de mulheres vítimas de violência é documentado por pesquisa realizada com Goldblatt (2009) com enfermeiros em hospitais e clínicas de saúde que experimentam um leque de reações, desde a total identificação com o alvo da violência até o distanciamento emocional diante dos casos atendidos. Além disso, o contato com as histórias de agressão evoca um sobrecarga de emoções, desde a raiva até uma compaixão acompanhada de um senso de responsabilidade pela saúde das pacientes assistidas.

Tais emoções são condutoras e facilitadoras para o surgimento da traumatização vicária. Este fenômeno, conforme estudo promovido por Jirek (2015) com trabalhadores de atendimento a mulheres agredidas, se caracteriza por custos físicos e emocionais tais como: distúrbios do sono e pesadelos, pensamentos intrusivos, náuseas, dores de cabeça, perda de apetite, afastamento da interação com a família e amigos e uma visão pessimista do mundo.

Outra implicação para a saúde decorrente deste tipo de atividade para estes profissionais é o transtorno de estresse traumático secundário cuja sintomatologia se caracteriza, principalmente, pela presença de pensamentos intrusivos, atitudes evitativas e hiperativação fisiológica (Jiménez, Benadero, Novoa, Carvajal, & Hernández, 2004). Em conjunto com este acometimento, a síndrome de *burnout* também constitui uma consequência para a saúde destes profissionais que se define por três componentes sintomáticos: a exaustão emocional, a despersonalização e a exaustão emocional (Oliveira, 2015).

O exercício deste tipo de atividade também ressoa na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais. Esta circunstância denominada de traumatização de equipes ganha contornos através da reprodução da dinâmica violenta assistida na interação entre os próprios membros daquele conjunto profissional (Arón & Llanos, 2004). Isto se torna terreno fértil para o desenvolvimento de práticas de assédio moral entre estes trabalhadores que foram elencadas por investigação promovida por Quiñones, Cantera e Ocampo (2013).

Autocuidado no trabalho dos profissionais de assistência a vítimas de violência

Neste contexto, o autocuidado emerge como ferramenta de prevenção para o adoecimento individual e grupal. Este se caracteriza por ações e práticas cotidianas para cuidar da saúde que são realizadas por um indivíduo, família ou grupo. Tais práticas são aprendidas ao longo da vida e são implementadas por livre decisão com a finalidade de fortalecer e restabelecer a saúde bem como de prevenir doenças (Correa, 2003).

A implementação das práticas de autocuidado com os profissionais de atendimento a mulheres vítimas de violência é promovida nos níveis individual e grupal que, por sua vez, se subdivide em instituição, grupo e rede profissional. As ações de cuidar de si individual são caracterizadas pela atenção com os seguintes aspectos: alimentação, sono, atividade física, espaços para o lazer, manutenção do vínculo com os amigos, família e outras pessoas importantes, desenvolver uma disposição para autoobservação e o cultivo de atividades de resolução e estimulação como leitura, escrever um diário, dentre outras (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014).

A autorreflexão é uma das bases para promoção deste cuidado consigo. Este eixo é desenvolvido através do cultivo do equilíbrio emocional cujo passo inicial para este intento é a escuta de si que se desenvolve pela prática da autoconsciência. Esta se refere a uma cuidadosa observação do que as relações com o mundo e com as pessoas provocam em seu mundo interior. Neste interim, quando estamos conscientes da nossa própria experiência interna, temos permissão para escolher como queremos agir, ao invés de adotar padrões de conduta reativos e automáticos. Para a obtenção do aumento da autoconsciência, a meditação e a escrita reflexiva são apontados como recursos para esta finalidade (Oliver, Albornoz, & López, 2011).

Dentro do nível institucional, as seguintes ações representam eixos de implementação da prática de autocuidado: promover condições adequadas de trabalho, estar atento a qualidade

das relações entre os profissionais, apoiar a construção de espaços de esvaziamento e descompressão para os trabalhadores, estruturar ambientes de formação e supervisão, estimular as decisões consensuais para os casos difíceis e favorecer estilos de liderança horizontais, flexíveis e protetores. Já, no âmbito das redes profissionais, as seguintes ações de cuidar de si são promovidas através dos seguintes aspectos: intervenção em rede para os casos de violência, manter conexão com outros equipamentos do mesmo nível, desenvolver espaços e meios de retroalimentação e apoio político e suprainstitucional para as redes de trabalho (Ginés & Barbosa, 2010).

Dentro das equipes, estas práticas são expressas pelas seguintes atividades: utilizar e respeitar os espaços de comunicação, esvaziamento e descompressão, resolução de conflitos e formação, promover a coesão interna para busca de melhorias ante a instituição, criar espaços informais de oxigenação, não realizar suposições a respeito da conduta dos colegas de trabalho diante de casos atendidos, respeitar a relação dos membros da equipe com os usuários assistidos e apoiar o compartilhamento de experiência profissional entre os componentes da equipe profissional (Ginés & Barbosa, 2010).

Apesar da importância fundamental da concretização do autocuidado em diferentes níveis para os profissionais de atendimento a vítimas de violência e trabalhadores envolvidos em relações de ajuda, observa-se que a formação profissional destes futuros cuidadores está calcada pela orientação técnica, produção científica e o labor diário. No Brasil, os modelos universitários de formação destes profissionais estão sustentados pelo conhecimento técnico repassado em sala de aula e pela pouca atenção direcionada para os espaços de supervisão (Oliveira, 2015).

Esta realidade contraria as recomendações propostas por O'Halloran e O'Halloran (2001). Estes autores apontam para a necessidade do corpo docente monitorar os alunos, facilitar o reconhecimento de sinais e sentimentos eliciados pelo contato com os casos de

violência, bem como de aprender estratégias de autocuidado para lidar com estas circunstâncias. Para que estes mecanismos de cuidado de si sejam elaborados, alguns pontos devem ser desenvolvidos na relação entre professor e aluno tais como: criar um ambiente seguro na sala de aula através da disponibilização de um programa claro e detalhado e ter regras explícitas para o ensino em questão. Além disso, também são consideradas como ações neste sentido: confidencialidade, o estabelecimento de limites à divulgação de dados pessoais e experiências narradas, facilitar a reconstrução dos casos de violência atendido e a reconexão com as experiências pessoais de trauma e violência.

Para que um plano de autocuidado seja efetivado dentro de uma equipe profissional, determinados aspectos são direcionadores para a construção do mesmo tais como: identificar as fontes internas e externas produtoras de tensão, constatar os diferentes estados de tensão produzidos na execução do trabalho, reconhecer as próprias vulnerabilidades e experiências pessoais de trauma e violência vivenciadas profissional, apontar para a forma como a saúde destes trabalhadores é afetada durante o desempenho da prestação de serviços e assumir responsabilidade pelo cuidado consigo (Ojeda, 2006).

No contexto das ações voltados para atenção com a saúde destas equipes, um modelo interventivo para redução dos sintomas de estresse traumático secundário entre os trabalhadores de saúde mental em Ruanda se assentou nos seguintes eixos: educação e treinamento em estresse traumático secundário, supervisão, compartilhamento de sentimentos, melhoria das condições de trabalho, acesso a recursos adequados e sistemas de apoio, o estabelecimento de uma comunicação adequada, incentivo da adoção pelos profissionais de técnicas de relaxamento e meditação, atividades físicas e visualização guiada. Tais ações levaram a mudanças nas estratégias em lidar com o estresse por parte destes profissionais (Iyamuremye & Brysiewicz, 2015).

Outra proposta interventiva com a finalidade de minimizar os níveis de adoecimento entre os profissionais da assistência da violência foi implementada através do recurso da arteterapia com conselheiros dos serviços de atendimentos as vítimas de violência e agressão sexual contra a mulher (Ifrach & Miller, 2016). Os resultados apontaram para uma redução significativa do estresse entre os trabalhadores após o trabalho arteterapêutico, uma vez que este recurso possibilitou a liberação dos sentimentos e um maior da coesão grupal entre os trabalhadores.

Por sua vez, para conhecer as formas de autocuidado empregadas por trabalhadores de erradicação da violência, uma investigação conduzida por Gomá-Rodríguez, Cantera e Silva (2018) identificou que estes profissionais tinham uma excessiva responsabilização pelo cuidado de si o que fazia com que adotassem medidas pessoais de autocuidado tais como a psicoterapia pessoal ou mesmo lidavam com o estresse gerado pelo atendimento das demandas sem adoção deste tipo de prática, levando ao adoecimento e exaustão do corpo destes pesquisados. Esta última constatação está baseada no estereótipo do tempo da mulher dedicado ao cuidado com o outro, bem como na ausência institucional em apoiar e implementar ações voltadas para a saúde destes profissionais.

A importância da implementação destas ações é corroborada por pesquisa conduzida por Vio, Platz, Bermúdez e Vidal (2011) cujos resultados identificaram que os profissionais com maior frequência de condutas de autocuidado apresentam maiores níveis de qualidade de vida e realização pessoal, assim como exibiam menores níveis de esgotamento emocional, despersonalização, sintomas ansiosos e de estresse traumático secundário.

Assim, diante da apresentação teórica exposta nesta seção, este artigo se direciona para o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher.

Metodologia

A amostra foi composta por 12 profissionais da assistência direta a vítimas de violência contra a mulher. Estas participantes apresentam uma faixa etária média de 35 anos e prestam serviços desta natureza em diferentes centros de atendimento de Aracaju e interior do Estado de Sergipe, Brasil.

Trata-se de uma amostragem por conveniência cujo critério de seleção atentou para os parâmetros de disponibilidade pessoal para a participação na pesquisa.

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista com questões relacionadas ao autocuidado em níveis individual, profissional, coletivo e institucional. O contato com as participantes foi intermediado por representantes de quatro centros de atendimento às demandas de violência contra mulher com o objetivo de rastrear a quantidade de profissionais especializados na prestação de serviços desta natureza e disponíveis para participar deste estudo. Na sequência, foram agendados data e local com as profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher para realização das entrevistas.

O estudo foi promovido mediante a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha uma breve descrição dos propósitos desta pesquisa. Além disso, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, conforme parecer nº 2.559.557.

Os resultados foram obtidos através do emprego do programa informatizado *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Este é um método informático que propicia diferentes maneiras de análises textuais e resulta em uma organização compreensível e clara do material escrito coletado. Para este estudo, foi eleita a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que estrutura o vocabulário em classes em um dendograma que evidencia as relações entre elas (Camargo & Justo, 2013).

Resultados e Discussão

O corpus analisado foi formado por 12 UCI (Unidades de Contexto Iniciais) e fragmentado em 1.038 segmentos de texto e 3.645 palavras com uma frequência de 9,69 palavras por resposta. O dendograma produzido, tendo como base a homogeneidade dos segmentos de texto (Figura 1), identificou três classes de segmentos de texto. Através da averiguação da aba perfis gerados pela classificação hierárquica descendente, são reconhecidos os conteúdos lexicais de cada uma destas classes (Camargo & Justo, 2013).

As palavras mais recorrentes em cada classe estão apontadas no dendograma exibido na Figura 1. Foram escolhidas as 10 primeiras palavras exibidas em cada classe. Os discursos dos participantes ou segmentos de texto discutidos nesta análise foram retirados da aba Perfis de forma que o contexto de cada classe fosse revelado por segmentos textuais característicos da realidade pesquisada.

A CHD segmentou o corpus as três classes em dois subcorpora, de maneira que, de um lado ficou posicionada a classe 2 de um lado e, na sequência, a mesma se subdividiu nas classes 3 e 1.

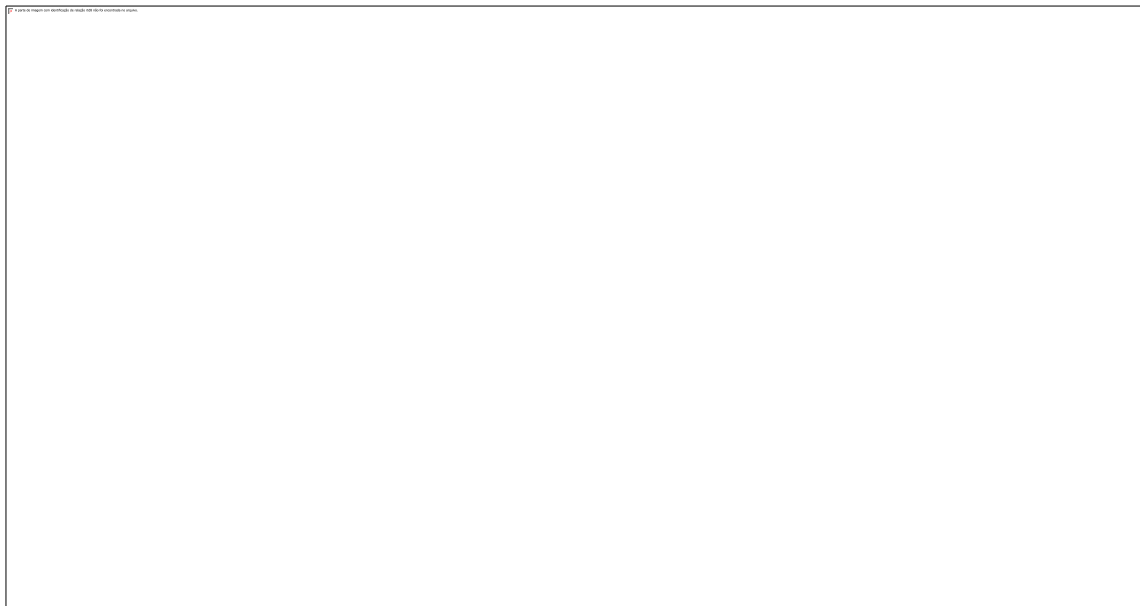


Figura 1 - Corpus Autocuidado dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher. / Fonte: Arquivo Pessoal.

Os resultados e discussão deste manuscrito do corpus “Autocuidado das profissionais da assistência a vítimas de violência serão inaugurados pela Classe 1 intitulada “Autocuidado Individual – Apoio Social” que direciona o debate para o papel da família e seus componentes como fontes de autocuidado para estas profissionais, bem como aponta para os atravessamentos de gênero presentes nas relações com os espaços públicos e privados. Já a Classe 3 denominada “Autocuidado Individual - Saúde Física” expõe os empecilhos encontrados pelas profissionais para cuidar da saúde física. Por fim, a Classe 2 qualificada como “Autocuidado da Equipe e Autocuidado profissional” aborda os esforços promovidos pelo próprio conjunto profissional para cuidar de si, a ausência de autocuidado institucional e os prejuízos no autocuidado da identidade profissional de uma classe de trabalhadores.

A classe 1 denominada “Autocuidado Individual – Apoio Social” engloba 35,5% dos segmentos de textos analisados pelo corpus. Esta classe discute os papéis desempenhados pela figura materna e do grupo familiar na vida destes profissionais no tocante ao autocuidado pessoal e demonstra como o gênero influencia as relações de apoio estabelecida pelas profissionais e o uso do tempo livre.

O primeiro aspecto a ser destacado é a eminente presença da mãe como ponto de referência para construção de si, fonte de apoio emocional e ponto de decisão que direciona as escolhas das trabalhadoras. Esta assertiva é ilustrada pelos trechos a seguir:

Eu me reconheço como batalhadora e eu me espelho na minha mãe.

Minha mãe é assim (Participante 6).

Ainda vou lhe dizer mais: a gente só sabe, a gente só dá valor tremendo assim, você vai entender o que é uma necessidade de uma mãe quando você está para perder ela (Participante 7).

Nós íamos morar, dizia a minha sogra, em São Cristóvão ou morar de aluguel. Minha mãe disse: Não, você não vai para São Cristóvão. Você não vai morar de aluguel. Tem um quartinho lá no fundo, você vai pagando e você vai para o quartinho, eu disse: está certo, mãe (Participante 8).

Dentro desta mesma linha, a busca pela companhia dos membros familiares, seja em momentos de reuniões e passeios, também emerge como um espaço de apoio emocional, lazer, acolhimento, bem-estar ou de exercício de valores pessoais. Tais constatações são corroboradas pelos discursos a seguir:

Eu converso, desabafo. Acho que é a melhor maneira que a gente tem, conversar, desabafar, chorar. Fora viajar, estar em família com meu filho, meu esposo, minha mãe, meu pai, meus irmãos, sogro, sogra, estar em família é o que eu mais gosto (Participante 1).

E sempre eu faço isso, semanalmente, todo final de semana: todo mundo sempre está junto na casa de minha mãe, os meus irmãos tocam, tem banda. Aí, a gente começa a cantar e assim, eu me sinto muito bem (Participante 3).

Geralmente, eu estou em casa ou então, saio para fazer alguma coisa. Acredito que o que me faz bem em estar com a família é a questão dos valores, você saber que você é amada, que você têm pessoas que estão sempre a sua volta (Participante 11).

Assim, conforme apresentado até aqui, as ações de autocuidado individual destas profissionais estão calcadas na manutenção da rede de apoio familiar que, por sua vez, também exerce os seguintes papéis de cuidado de si neste nível para estas trabalhadoras: local de esvaziamento e descompressão, espaço de distração, fonte de bem-estar, terreno para buscar de ajuda emocional e concomitante revigoração físico-psíquico (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013).

No entanto, cabe destacar que a imposição de papéis tradicionais e estereotipados pela sociedade patriarcal às mulheres ganha contornos na realidade discutida nesta classe, uma vez que tal configuração sócio-cultural determina a presença e a limitação destas profissionais a estes espaços privados e familiares (Saffioti, 2011). Neste interim, também são encontrados fundamentos para a forte presença da figura materna, uma vez que, em sociedades com estas características, a mãe exerce o papel de eixo afetivo da família, de solucionar conflitos dentro dos espaços privados, encarregada de encontrar resolução dos problemas dos membros deste grupo com o mundo externo e de organização e manutenção dos vínculos familiares. Estas atribuições refletem a imensa diversidade e magnitude de responsabilidades delegadas a mulher nos ambientes privados por esta engrenagem patriarcal e sexista (Castañeda, 2006).

Além disso, o contato com os ambientes públicos nos momentos de lazer e bem-estar também envolve a presença e companhia de entes familiares. Tal afirmação está desenhada nas falas expostas abaixo:

Final de semana sempre dá uma fugidinha ,nem que seja só um dia. Mas é para recarregar mesmo as baterias (energia), o convívio em família (Participante 1).

E eu gosto de estar assim, juntinho, reunido, eu gosto muito. Tanto é que por isso que eu não fico durante os finais de semana aqui em Estância porque como somos só nós dois, eu e meu marido(Participante 3).

Nem que seja ir para a orla, parar o carro lá e ir para o menininho vendendo queijo e compra, eu, o marido, o filho, minhas irmãs ou alguma coisa assim, é distração mesmo (Participante 5).

Neste caminho para alicerçar os entendimentos postulados até aqui a respeito do confinamento da mulher aos espaços privados e a consequente formação de vínculos estritamente familiar como via de autocuidado, os extratos trazidos acima denunciavam também como a divisão sexual modela e dificulta as interações destas mulheres com os espaços e vínculos diversos dos encontrados em seus espaços privados (Bourdieu, 2006).

Isto porque tal segmentação insere o homem no monopólio de exercício de atividades públicas, de representação e de domínio da troca e estabelecimento de diferentes relações dentro deste âmbito. Por outro lado, as mulheres estão excluídas não só dos lugares públicos, como da construção e fortalecimento destas trocas nestes espaços, seja em nível material ou simbólico (Bourdieu, 2006).

Estes argumentos também são lastreados e explicitados pelos seguintes trechos coletados a seguir:

Tenho algumas amiguinhas assim, que falo pelo WhatsApp. Mas eu dou prioridade em estar com meu marido. Até me reclamam. Isso é uma

bobagem, mas eu tenho ele também como um amigo meu, entendeu? (Participante 2).

E meus amigos, eles são assim, meus amigos de quando eu casei são os mesmos de agora. A gente se reúne nos finais de semana (Participante 5).

Apesar do uso do tempo livre para empreender interações com os membros da família para o exercício do autocuidado pessoal como demonstrado em outros pontos desta discussão, foram identificados relatos de apoderamento desta dimensão no desempenho de atividades domésticas e zelo com a casa, bem como de cuidado e atenção com entes familiares:

Mulher, eu não tenho tempo livre, como eu lhe digo, meu tempo livre é cuidando do meu pai e da minha mãe, do meu filho, do meu marido (Participante 2).

Tipo, hoje eu não vou varrer a casa, hoje eu vou parar, vou tentar pensar e resolver esse problema. Ih, vou limpar, vou limpar a casa, no final de semana, no domingo (Participante 4).

Assim, além de não dispor de um livre trânsito para formar vínculos com outros grupos no contexto público, o tempo disponível para o lazer por parte destas pesquisadas está sujeito a ser desapropriado e privatizado por obrigações impostas a estas mulheres pelo contexto patriarcal e machista (Castañeda, 2006).

Com isso, esta seção salienta como o gênero e aspectos sócio-culturais são pontos balizadores para as ações de autocuidado (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, & Campos-Navarro, 2011) e deste modo, fundamentam os motivos pelos quais as participantes deste estudo empreendem suas ações de autocuidado individual dentro do contexto familiar e localizam empecilhos e restrições para o alargamento e manutenção de suas redes de apoio no âmbito público.

Por sua vez, a classe 2, qualificada como “Autocuidado Individual – Saúde Física”, composta por 22,21% dos segmentos dos textos do corpus, apresenta as áreas de cuidado com a saúde física, as temáticas de insuficiente ou nenhuma ação de autocuidado e os esforços empreendidos para zelo e atenção com o próprio corpo por parte das participantes desta pesquisa.

Assim, durante as entrevistas, foram identificados discursos a respeito da importância do consumo de água como fonte de bem-estar, disposição física e energia para as demandas oriundas da prestação de serviços de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. Os trechos a seguir fundamentam esta afirmação:

Eu consumo de dois a três litros de água. É o bem-estar, a imunidade porque se você tem saúde, você tem trabalho, você tem disposição. Você é um profissional que consegue pensar, agir e ter seus reflexos do instinto (Participante 1).

Daqui a pouco, a gente está em uma visita, está rolando uma ocorrência e precisaram da gente. Então, você tem que está realmente com seu organismo preparado. E a ingestão de líquido é por necessidade mesmo (Participante 10).

Então, ingestão de líquido sempre foi tranquilo. Toda(diferença). Toda porque a gente precisa de energia para lidar com todos esses casos, para atender o público (Participante 8).

Assim, estas ações de zelo com o consumo de água configuram uma prática de autocuidado em nível pessoal (Ginés & Barbosa, 2010) mas, por outro lado, cabe salientar que o grau de disposição física para o exercício desta atividade salientado pelas pesquisadas remete a discussão dos riscos e prejuízos para a saúde envolvidos nesta atividade pois, a aproximação

com as histórias de violência dos casos atendidos suscita uma gama de emoções e concomitante desgaste físico e emocional (Goldblatt, 2009).

Apesar desta experiência e compreensão sobre o dispêndio físico e emocional no desempenho das suas atividades laborativas, não foram constatados relatos sobre a busca por psicoterapia pelas pesquisadas como uma forma de autocuidado diante da natureza do serviço prestado. Tal realidade diverge da documentada por pesquisa de Gomá-Rodríguez, Cantera e Silva (2018) com trabalhadores da mesma área de atuação na Espanha que adotavam a frequência em consultas de psicoterapia como uma forma de autocuidado pessoal.

Ainda nesta mesma linha, outra questão a ser salientada nesta discussão é a respeito da qualidade e da quantidade de tempo dedicado ao repouso por parte destas profissionais. Como descrito nas falas abaixo, estas profissionais são afetadas, principalmente, pela pouca disponibilidade desta dimensão para o descanso do corpo:

Eu estou sem dormir desde ontem. Estava de plantão a noite toda. Tive lá duas horinhas de descanso, mas eu trabalho com saúde mental. À noite, eu sou técnica de enfermagem. Então, paciente psicótico, você tem que ter atenção, qualquer grito, qualquer barulho (Participante 7).

Eu acho que eu durmo umas cinco horas, seis horas no máximo. Porque eu acordo cinco horas da manhã entendeu. Eu acordo cinco horas para fazer café, levar o menino no colégio e me arrumar para vir trabalhar também (Participante 3).

Agora em casa, o sono da noite, sete horas, mas não são ininterruptas porque tem uma bebê que mama, que ela está com um ano e sete meses (Participante 8).

O que se observa nos extratos trazidos é uma privatização e indisponibilidade deste tempo para o zelo com o repouso devido a dedicação ao papel de cuidadora imposto a mulher seja no âmbito privado, seja no espaço público que é reproduzido nos tipos de ofícios exercidos pelo ser feminino no mercado de trabalho (Castañeda, 2006).

Esta desapropriação desta dimensão da vida da mulher movida pelo envolvimento com inúmeros papéis, em destaque, para aquelas que envolvam a atenção e cuidado com o outro, não só atinge o repouso destas trabalhadoras, como também as localiza em um cenário de nenhum zelo com a rotina alimentar:

Péssimo. Pela minha vida corrida. Começando pelo café da manhã, que é a primeira alimentação, que a gente deveria ter muito cuidado (Participante 6).

Aí, então, a gente vai fazer aqui, a gente compra o material, cozinha aqui para não perder muito tempo, às vezes, a gente faz tudo na hora e come aqui, entendeu (Participante 4).

Minha alimentação é péssima. Eu vim do plantão hoje de manhã, eu vim direto para cá e eu estava comendo um biscoito com água, almoço, para dizer que almoço, só dia de quinta e sexta. Porque eu estou no interior trabalhando lá e aí minha mãe mora lá (Participante 7).

Contudo, mesmo imersas em um contexto de despojamento do próprio tempo em razão do desempenho de uma multiplicidade de papéis pelas pesquisadas, foram constatados tentativas e esforços de zelo com a alimentação e atividade física como discorridos nos trechos transcritos a seguir:

Eu fico policiando porque, no corre-corre, acabo comendo até mal (Participante 10).

Então, eu faço caminhada, mas muito pouco. Deveria fazer mais, deveria tomar como hábito na minha vida, mas, ultimamente, não estou priorizando isso (Participante 1).

Eu tento na medida do possível sempre está caminhando para poder suprir a alimentação. Mas a minha alimentação de 3 meses para cá não está favorável não (Participante 5).

Com isso, esta insuficiência ou nulidade das práticas de autocuidado debatidas neste item discursivo remete as considerações trazidas por Gomá-Rodríguez, Cantera e Silva (2018) de que tal circunstância é resultado do desempenho do papel feminino de cuidar mais do outro, trazendo obstáculos para a escuta das próprias necessidades e de concomitante falta de ferramentas para dar consecução ao cuidado consigo.

Assim, como delineado na classe 1, o gênero e o cenário sócio-cultural balizam as ações de autocuidado destas trabalhadoras e novamente, dispõem barreiras e dificuldades para que as mulheres disponham de tempo e espaço para o efetivo desvelo com a própria saúde física e mental.

Por sua vez, a classe 3 denominada “Autocuidado da Equipe e Autocuidado profissional”, construída por 42,4% dos segmentos textos, aborda a atenção promovida entre os membros dentro da equipe, as dificuldades de acionamento da rede atendimento, conflitos e dificuldades no exercício do papel profissional e a desvalorização do ofício por uma classe de trabalhadores.

Assim, em relação ao autocuidado dos membros da equipe, foram identificados relatos de iniciativas deste conjunto no sentido de promover a preservação e desvelo com a integridade física, a complementariedade de atuação entre os integrantes deste agrupamento, debates e reuniões para tomada de decisões e compartilhamento de experiências. Estas ações são apresentadas nas falas a seguir:

Um completa o outro, um protege o outro, porque a gente está em situação de vulnerabilidade. Um protege o outro, um completa outro, que um não faz o outro vai completar (Participante 8).

Porque, às vezes, através de uma amiga, ela relata um caso, que quando eu venho para o lado profissional, eu atendo um caso igualzinho ao que a minha amiga está vivenciando (Participante 6).

E hoje a gente faz mesa redonda, debate sobre os casos, sobre as dúvidas e foi muito proveitoso (Participante 1).

Cabe destacar que, apesar das ações acima estarem localizadas como forma de autocuidado institucional uma vez que estas seriam atribuições características deste nível (Ginés & Barbosa, 2010), percebeu-se , durante a pesquisa, que estas práticas são desenvolvidas por livre disposição dos integrantes destas equipes e por isso, este desvelo e atenção entre os membros deste conjunto foi denominado de Autocuidado de equipe.

Com isso, nota-se nesta compreensão acima que a instituição está distanciada ou totalmente ausente das responsabilidades de cuidar da sua equipe profissional o que remete as consequências trazidas pela presença de um Estado neoliberal cujas prerrogativas não estão localizadas em ter um olhar cuidadoso e atento para os riscos ocupacionais envolvidos neste tipo de atividade. Deste modo, as próprias trabalhadoras assumem esta tarefa de ordem institucional de empreender ações que preservem não só a saúde destas profissionais, como de melhor seguimento dos casos atendidos.

Esta circunstância de adoção de práticas por diligência das próprias profissionais também é observada no acionamento da rede de atendimento. Conforme retratado nos extratos abaixo, estas trabalhadoras apontam para a fragmentação da rede profissional e o número insuficiente de profissionais nestes equipamentos cujas consequências estão situadas na

prestação deficiente e incompleta dos serviços disponíveis ao alvo de violência e nos esforços voltados para o recolhimento das potenciais usuárias deste tipo de serviço:

É aquele ditado: você nadou, nadou e morreu na beira da praia e sendo que aquele outro órgão, ele pode fazer alguma coisa, ele está com o mecanismo tudo ali, com o aparato todo para resolver aquela situação (Participante 6).

Então assim: não é porque eu sou coordenadora hoje que eu tenho que estar aqui só sentadinha. Se você perceber, eu fico na rua fazendo as coisas, catando porque a equipe é pequena (Participante 9).

Uma vez, na semana, as meninas vão, as técnicas vão em busca na delegacia. Então, esse é o nosso papel para gente sentar depois. Eu junto da equipe para ver como é que a gente vai fazer (Participante 4).

Assim, este diligenciamento destas profissionais em reunir alvos de violência contra a mulher, através do comparecimento de membros ou coordenadores da equipe em outras instituições da rede de atendimento, nos direciona para uma realidade de fragmentação desta malha de prestação de serviços, conforme constatado pelos relatórios Observe (2010; 2011), e indica para a nulidade de práticas de autocuidado da rede profissional tais como: atividades interventivas em rede para os casos de violência, estabelecer ligação com outros equipamentos do mesmo nível, promover espaços e meios de retroalimentação e apoio político e suprainstitucional para as estas malhas de atendimento a vítimas de violência (Ginés & Barbosa, 2010).

Apesar do suporte e ações de livre iniciativa movidas pelas trabalhadoras destes equipamentos para suprir deficiências institucionais da rede de atendimento, identifica-se que há uma zona conflituosa entre as profissionais de psicologia e de serviço social, de maneira que as primeiras citam dificuldades em ter clareza e definir limites em sua atuação profissional

nestas instituições e as segundas detêm um maior protagonismo no exercício das suas atividades e menosprezam as atividades da psicologia:

Então, primeiro passa por mim, depois vai para psicóloga e normalmente minha visão é contrária porque eu não sou psicóloga, eu sou assistente social. Eu vou no foco, vou na família, nas questões sociais mesmo, a situação econômica e tal, e aí a gente faz o relatório sociopsicológico, não é psicossocial (Participante 7).

E ainda hoje alguns gestores vêem que o assistente social é o assistente social e o psicólogo está ali como coadjuvante, pronto, somos coadjuvantes. É essa palavra (Participante 8).

Eu era a única psicóloga do município, via as demandas aparecendo, mas eu não poderia ir além daquilo que estava exercendo porque eu assumi um papel de psicólogo dentro de um serviço social que tinha um programa com regras, normas e leis. E aí você vê aquele usuário lhe procurar e você ter que trabalhar terapeuticamente e eu não poderia, e eu não tinha para onde encaminhar (Participante 10).

Esta realidade desenhada acima conflua com o estudo de Senra (2005) com psicólogos da área de assistência social em que foram constatadas tensões entre o papel profissional da psicologia e do serviço social, proporcionando incertezas quanto a interdependência entre as atuações e particularidades das atividades de cada profissional. Tal quadro ocasionava indagações sobre funções e papéis entre estes trabalhadores.

No entanto, é de suma importância destacar que a inserção do psicólogo na área de assistência social é recente, ao analisar a trajetória da atuação destes trabalhadores no contexto brasileiro ,que, por sua vez, era marcadamente elitista, dotada de uma compreensão do homem a-histórica e a-social e com um oferta de serviços cujos valores eram inatingíveis para boa parte

da população (Senra & Guzzo, 2012). Por outro lado, as circunstâncias do mercado de trabalho fizeram com que estes profissionais adentrassem na assistência social em períodos mais recentes.

Estas explicações também servem de base para compreender as falas a seguir que relatam a vivência da desvalorização profissional deste trabalhador:

Abrir a cabeça daquela pessoa e colocar o que é que você está fazendo ali, o porquê que você está ali naquele local e a falta de entendimento das pessoas mesmo com o profissional, principalmente aqueles que lhe contratam (Participante 10).

Então, acho que tudo isso passa pela questão da valorização e isso pega muito você enquanto profissional, porque você trabalha mais motivado (Participante 8).

Assim, as questões expostas atingem o autocuidado no nível de identidade profissional (Santana & Farkas, 2007) para os trabalhadores da psicologia, uma vez que as dificuldades quanto a clareza e definição de suas próprias atividades neste âmbito de atuação, a recente inserção na assistência social e um histórico de atividades voltadas para um contexto clínico de atendimento a um público mais abastado causam prejuízos no reconhecimento do valor do seu trabalho e na sua diferenciação dentro da equipe profissional da assistência social.

Deste modo, esta classe explicitou como estes profissionais estão desertados do autocuidado intistucional e de rede profissional que impulsionam os trabalhadores situados nestas instituições a buscarem alternativas de cuidado e desvelo seja para proteger os membros deste conjunto, seja para alcançar uma boa qualidade nos serviços prestados. Além disso, demarcou os conflitos enfrentados pelos profissionais da psicologia que encontram dificuldades para a caracterização e delimitação de seu ofício no contexto da assistência social.

Por fim, esta discussão delimitou o gênero e a dinâmica machista e patriarcal como eixos dinamizadores que caracterizam o autocuidado destas profissionais seja pela presença predominante dos membros familiares como as principais fontes de apoio social, seja na pouca disponibilidade de tempo invadido pelos diversos papéis exercidos por estas trabalhadoras que criam obstáculos para o autocuidado com questões básicas da saúde física como a alimentação. Além disso, destacou para o distancionamento institucional no cuidado com os trabalhadores e concomitante atribuição de responsabilidade de ações neste nível para os próprios profissionais e a falta de reconhecimento e valorização profissional dos trabalhadores da psicologia.

Considerações Finais

Este artigo teve o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher.

Tal proposição indicou que as pesquisadas reconhecem seus espaços de apoio social, uma modalidade de autocuidado individual, em seus ambientes familiares que, por sua vez, cumprem as funções de lazer, bem-estar físico e psíquico, de escoamento e desprendimento das emoções, fonte de suporte emocional e consequente fortalecimento da saúde física e mental. Por outro lado, esta condição também traduz o confinamento destas mulheres em espaços privados e familiares cuja expressão é situada nas limitações e empecilhos encontrados por estas trabalhadoras em ampliar seus laços sociais em relações que não estejam contidas neste circuito privativo e familiar.

Dentro desta mesma realidade, foi constatado que as participantes vivenciavam uma dimensão temporal apoderada pelas atividades de cuidado com o outro, de maneira que a atenção com a qualidade do sono e a alimentação são afetadas negativamente pelo exercício

deste papel estereotipado da mulher em sociedades machistas. No entanto, foram identificados vestígios de esforços voltados para o desvelo com a saúde física seja no consumo de água em detrimento das características ocupacionais da atividade de prestação de serviços a vítimas de violência, seja na autofiscalização para realizar atividades físicas e ter uma rotina alimentar adequada.

Já em relação ao cuidado de si nas esferas grupal, profissional e institucional, observa-se a inserção destas trabalhadoras em um contexto de afastamento da atenção com as questões públicas por parte Estado neoliberal que leva estas profissionais a adotarem medidas de proteção e desvelo informais dentro da própria equipe. Estas iniciativas também são encontradas na coleta de mulheres agredidas em outras instituições devido a fragmentação da rede que cria obstáculos para completa cobertura da assistência destes alvos. Outra questão emergente é o desencontro, descontinuidade e falta de complementariedade entre os papéis dos profissionais da psicologia e serviço social que, por sua parte, trazem à luz as próprias dificuldades de reconhecimento, delimitação e afirmação do psicólogo no âmbito da assistência social.

Assim, este estudo é um aceno à reflexão para o fato de como este cuidado com a saúde por parte da mulher é prejudicado por uma lógica machista e patriarcal que privatiza o tempo em atividades de atenção com o outro, aprisiona e limita o ser feminino a redes de apoio social privadas e familiares. Associado a este aspecto, estas profissionais também assumem por livre iniciativa práticas de cuidado de si que estariam sob a responsabilidade coletiva e institucional, principalmente. Com isso, ao abordar as questões de autocuidado nas equipes de profissionais de assistência a vítimas de violência, nos aponta a significativa importância das condições sociais, econômicas e culturais em que estas práticas de cuidado de si estão inseridas (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, & Campos-Navarro, 2011). Além disso, constata para as dificuldades de reconhecimento, delimitação e exercício do próprio papel profissional do psicólogo na área

de assistência social em razão de uma histórica atuação clínica e restrita a elite econômica brasileira.

Deste modo, diante das ponderações tecidas, torna-se fundamental ampliar e fortalecer os debates sobre a mulher, de maneira que, antigas questões, como a disponibilidade do tempo, espaço e corpo feminino para o outro, travestido sob novas roupagens, sejam revisitados e questionados pelos movimentos feministas. Ainda dentro mesma linha de questionamento por parte de agrupamento coletivos, também é de suma importância que ocorra o constante revigoramento das pautas de sustentação das políticas públicas uma vez que estas representam o caminho rumo ao efetivo autocuidado institucional e de concomitante implantação de programas voltados para a atenção da saúde com estas trabalhadoras.

Por fim, em outro sentido, para fortalecer o autocuidado da identidade profissional do psicólogo, é imprescindível que as estruturas curriculares dos cursos de graduação de psicologia atuem estas novas demandas de atuação do profissional, sejam fomentadas práticas e saberes que fortaleçam este trabalhador na área da assistência social e reconheçam que o psicólogo desprovido deste reconhecimento e definição dos seus papéis nesta âmbito está exposto mais um risco ocupacional nesta área de assistência de atendimento a vítimas de violência contra a mulher.

Referências

- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R.(2011) .Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, 18(4) 42-48.
<https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- Arón, A. M.; Llanos, M. T. Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia (2004). *Sistemas Familiares*, 20 (2) ,5-15. Recuperado

de http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf.

Bourdieu, P. A (2006). *Dominação Masculina*. Trad. Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: BestBolso.

Brasil (2011). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília.

Recuperado de <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pactonacional>.

Camargo, B. V & Justo, A. M. (2013). Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

Castañeda, M. (2006). *O machismo invisível*. São Paulo: A Girafa Editora.

Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). “Preventing the pain” when working with family and sexual violence in primary care. *International journal of family medicine*. 1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/198578>

Correa, O. T. (2003). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. *Hacia la promoción de la salud*, (8)1, 38-50. Recuperado de < <http://www.fisac.org.mx/AUTICUIDADO.pdf>>.

Gimena, M. M.R., Alonso, E.P., Monzó, L.M. (2012). Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención a la violencia de pareja hacia las Mujeres. Agência Laín Entrago. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142695400469&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

Ginés, O., & Barbosa, E. C. (2010). Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12(2-3), 297-313. Recuperado de http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf

- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x>
- Gomà-Rodríguez, I., Cantera, L. M., & Silva, J. P. da (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 17(1), 132-143. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1058/740>
- Ifrach, E. R., & Miller, A. (2016). Social action art therapy as an intervention for compassion fatigue. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.009>
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2015). The development of a model for dealing with secondary traumatic stress in mental health workers in Rwanda. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 59-65. Recuperado de < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1025984815000149>>
- Jiménez, B.M., Benadero, M. E.M., Novoa, M. M. L., Carvajal, R., R.R. & Hernández, E. G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/785/78522108/>
- Jirek, S. L. (2015). Soul pain: The hidden toll of working with survivors of physical and sexual violence. *Sage Open*, 5(3), 1-13. <https://doi.org/10.1177/2158244015597905>
- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. (2010). *Condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal*. Salvador: 2010 Recuperado de: <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contras-mulheres/leimaria-da-penha/20110107-relatorio-final-2010.pdf>.

OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. (2011).

Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais: Belém, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e o Distrito Federal. Relatório de pesquisa. Salvador. Recuperado de [http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes\[1\]%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes[1]%20(1).pdf).

O'Halloran, M. S., & O'Halloran, T. (2001). Secondary traumatic stress in the classroom:

Ameliorating stress in graduate students. *Teaching of Psychology*, 28(2), 92-97.
https://doi.org/10.1207/S15328023TOP2802_03

Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de

violencia sexual. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v52i347>

Oliver, E. B., de Albornoz, P. A. C., & López, H. C. (2011). Herramientas para el autocuidado

del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65. Recuperado de <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Herramientas-para-Autocuidado-del-profesional-que-atiende-personas-que-sufren.pdf>

Oliveira, R.M. K. de. (2015) *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. 3ª ed. São Leopoldo: Sinodal.

Quiñones, P., Cantera, L.M., & Ocampo, C.L.O. (2013). La violencia relacional em contextos

laborales que trabajan contra la violencia. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (pp. 135-155). Barcelona: Amentia Editorial.

Saffioti, H. (2011). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo,

Coleção Brasil Urge.

- Santana, A.I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé (Santiago)*, 16(1), 77-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>.
- Senra, C. M. G. (2005). Sentidos subjetivos da prática profissional de psicólogos comunitários num espaço institucional. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUC-Campinas, Campinas, SP.
- Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. Recuperado de . <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200006>
- Sepúlveda, K. H. Maleš, P. J., & San Martín, M. M. (2014). Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado, Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>.
- Vio, C. G., Platz, A. M., Bermúdez, & Vidal, A. N. (2011). N. R. Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521287010>.

-CAPÍTULO 4-

MORAL HARASSMENT AT WORK OF CARE PROFESSIONALS FOR VICTIMS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

Abstract

This research aimed to describe the moral harassment at work experienced by care professionals for victims of violence against women. For this project, this study was structured with a qualitative design, involving 12 care professionals for victims of violence against women in different care centers for these clients in the interior of Sergipe and Aracaju, Brazil, who were submitted to an interview script on moral harassment aspects. These interviews were recorded and transcribed, followed by the application of content analysis according to Bardin. The results found five categories of moral harassment in the following aspects: practices, authors of abusive behaviors, situations of violence in the workplace and consequences for the worker. The professionals surveyed experienced the following moral harassment practices: devaluation, defamation and intimidation that materialized in the execution of the tasks, time of arrival and departure from work, formal and informal meetings, decision making and fundraising for work activities. These abusive behaviors were carried out by the hierarchical superiors and entailed consequences for physical and mental health and, mainly, for the work motivation of the harassed. Thus, in view of the results found, it is fundamental to implement preventive and intervention strategies aimed at moral harassment in these spaces. Public policies or programs need to be constructed that are aimed at preventing harassment in these spaces and/or implementing intervention strategies for the places where this violence at work is present. In addition, the institutional promotion of meetings to discuss the demands met and the labor relations are other aspects to promote these professionals' well-being.

KeyWords

Moral harassment at work, care professional for victims of violence, working conditions.

Introduction

Moral harassment at work is a focus in the care environment for women who are victims of violence at the hands of their partners. To understand the particularities of the emergence of abusive conducts in the professional relationships of this specific environment, one should understand that the practice of this profession is framed in a situation with a high emotional load that requires the practice of constancy, patience and a high degree of tolerance to frustration. It is an activity that causes tiredness, pain and that never seems to be sufficiently well finished (Cantera & Cantera, 2014).

This type of contact exposes these workers to experiences of vicarious trauma or secondary traumatic stress, characterized by intrusive symptoms of thoughts about the demands they receive, avoidant attitudes towards situations that refer to the work theme, and physiological activation represented by insomnia, crying, concentration problems, among others (Arón & Llanos, 2004).

In order to elucidate the issue raised above, different studies aim to understand how professionals who assist people who are victims of traumatic and/or violent situations experience this type of disorder. Thus, a comparative research involving psychologists in care for child victims of violence and psychologists in the other areas indicated that the former scored higher on intrusive, avoidant and physiological activation symptoms (Guerra & Pereda, 2015).

Another study carried out with professionals from the Mexican and Central American refugee care centers found that these workers avoided thoughts, feelings and discussions about traumatic events. In addition, they experienced insomnia, concentration problems and intrusive thoughts about the care provided (Lusk & Terrazas, 2015).

In addition, this traumatization or secondary traumatic stress is closely related to the thematic contamination that leads to violent practices in the work relations of the professionals in care for the victims of domestic violence (Arón & Llanos, 2004).

Thus, in association with the type of demand and the physical and psychological consequences of the contact with the phenomenon of violence, the care professionals working at the anti-violence centers experience the reproduction of the demand attended in the work relations through harassing behaviors (Cantera & Cantera, 2014). These findings are presented in the study by Quiñones, Cantera and Ocampo (2013), conducted with professionals who work in care services for domestic violence. According to the aforementioned study, the experiences of intimidation, devaluation and economic abuse were present in the relations with hierarchical superiors. Moreover, it could be observed that this fact was naturalized, invisible and denied within a context of abandonment and passivity.

Moral harassment is materialized in attitudes, behaviors, gestures and words, practiced in a repetitive and prolonged way, which affect the dignity and physical and mental integrity and brings offenses to personality of the target of the aggression. It exposes the person to humiliating situations and can cause the employee to leave and deteriorate the working conditions (Nascimento, 2009). According to Claybourn, Spinner and Malcomm (2014), the following core elements make up the definition of moral harassment at work: negative interpersonal behavior, including the purpose perceived by the target and negative consequences, the purpose of the practice, and the repetition of actions.

It is a circular, progressive and insidious phenomenon. It begins in a harmless way when battered people do not show offense and handle the situation in a playful way. The attacks are multiplying until the victim feels trapped and inferior. This sequence of abusive behaviors by the harassing person mobilizes anxiety in the target, which provokes pathological behaviors that serve as justifications for the perpetrator to continue the abuse (Hirigoyen, 2011).

In general, the following moral harassment practices are most common: covert and subtle disapproval of any behavior of the target, repeated and continued criticism of the victim's professional capacity, misreporting and incomplete reporting of services, goals or meetings,

resulting in the incomplete or mistaken execution of services, appropriation of the victim's ideas, isolation of the victim from socializing with co-workers and social activities, among others (Nascimento, 2009).

In the early stages of moral harassment at work, it is common for the individual to go through a phase called malaise, during which he feels as if he were a nobody. Emotions are characterized by negative thoughts, life loses meaning and the person feels guilt and shame. When the individual's self-confidence becomes fragile, repetitive and recurrent thoughts arise, hitting their professional capacity. The victims' thoughts are oriented towards the harassment in the violent acts experienced and, hence, remain focused on their own pain, causing isolation within the circle of family and friends. This violent practice causes losses in the professional practice and violates fundamental rights, such as health, work, dignity, equality and personal integrity (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008).

In order to understand the mobilizing aspects of this practice in the workplace, the elements that cross the dynamics of the current labor market need further clarification. Thus, globalization and the competitive climate driven by the market and the rise of financial capital entail implications that also directly affect workers, such as: demand for higher productivity with lower expenses, outsourcing associated with low wages and long hours, loss of autonomy and task burden, favoring attrition as a consequence of the work process, as well as the trend to the development of a scenario of work intolerance that leads to the appearance of workplace harassment (Barreto & Heloani, 2015).

The precariousness of work also emerges as a favorable factor for the occurrence of this violence in this environment. This finding is reinforced in a study carried out with workers from the Family Health Strategy (FHS), in which an association was observed between a work environment with excessive pressure for productivity and without institutional protection and the occurrence of harassment. Within this research, male subjects perceived moral harassment

as the feeling of being watched by their colleagues or superiors and lack of job security and stability, while women detected this violence through unnecessary pressures related to the lack of physical and psychological conditions for the exercise of their professions (Pioner, 2012).

The population most affected by harassment in this environment consists of black and homosexual people, people with special needs, workers over 40 years of age, people with repetitive strain injuries and women (Hirigoyen, 2011).

What the female working population is concerned, in a study by Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz and Benavides (2012) in Spain, women are more likely to work without contract or under worse contractual relations, greater exposure to psychosocial risks and situations of high effort/low reward, subject to sexual harassment and discrimination at work. Such risks become more pronounced in the industrial sector. Gender also becomes a point for analysis in relation to harassment at work when a study by Escartín, Salin and Rodríguez-Carballeira (2013) on this subject with men and women indicates that women perceive harassment actions as isolation and emotional abuse as more serious than men.

These abusive situations at work usually entail losses in the self-confidence and self-esteem of the victim (Antunes, Carlotto, & Strey, 2012) and lead to the occurrence of mental disorders in the target of the aggressions (Invitti, 2012). There exists a positive and significant relationship between job demands and physical exhaustion within high levels of harassment at work, with a boosting effect of this violent practice on the job demands, physical exhaustion and the occurrence of depression (Devonish, 2013). The same is true between the experience of moral harassment in this environment and the occurrence of depression and anxiety (Lac, Dutheil, Brousse, Triboulet-Kelly, & Chamoux, 2012).

This practice leads to lack of concentration, insomnia, nightmares, irritation, melancholy, apathy, sadness, depression and suicidal ideas (Antunes, Carlotto, & Strey, 2012). Regarding the occurrence of the latter, in research by Nielsen, Nielsen, Notelaers and Einarsen

(2015) with about 1,000 workers in Norway, it was revealed that harassment at work is positively related to later suicidal ideas. This is due to the fact that this phenomenon is a form of social exclusion at work that makes up a form of isolation within a social group, thus constituting a predictor for suicidal ideas.

These findings are reinforced in other studies that point to a significant impact on the wellbeing of the people harassed, who experience more anxiety, depression, irritation and psychosomatic symptoms in relation to the non-harassed people (González-Trujique & Gómez, 2013; Niedl, 1996). The targets of moral harassment at work, based on a study carried out in Spain, may also present greater emotional exhaustion, depersonalization, lack of personal fulfillment, higher levels of somatic complaints and behaviors characteristic of trauma victims (González-Trujique & Gómez, 2013).

Over time, these pressures entail exhaustion for the resistance of the organism, which leads to functional and organic disorders. This state of chronic stress can also be translated into anxiety disorders and a state of constant and permanent hypervigilance (Quiñones, Cantera, & Ocampo, 2013).

Thus, in view of the theoretical considerations presented, this research was aimed at describing the moral harassment at work experienced by care professionals for victims of violence against women.

Method

Sample

The sample consisted of 12 professionals active in direct care to victims of violence against women. These participants have an average age of 35 years and provide this kind of services at different care centers in the interior of the State of Sergipe and Aracaju, Brazil.

Convenience sampling was used, based on the professionals' personal availability to participate in the research.

Instrument and Procedures

The instrument applied was the interview script and the contact with the participants of this project was intermediated by representatives of four care centers that attend to demands related to violence against women, aiming to map the number of professionals specialized in providing this kind of services who would be willing to participate in this study. After this stage, date and location were scheduled with the professionals who attend to victims of violence against women to conduct the interviews.

The study was carried out after the participants had signed the Free and Informed Consent Form, which contained a brief description of the purposes of this research. In addition, this research was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Sergipe / HU-UFS, according to opinion nº. 2.559.557.

Data analysis

The results were interpreted through Bardin's content analysis (2009). In line with this author, the categorial method proposed by Bardin was applied, so that the core of the message written in the interviews was determined in stages, as indicated below: pre-analysis, exploration of the material and treatment of results.

Results and discussion

To organize the study findings, the denomination of the categories revealed in this analytical process is linked to the constituent elements of this violence, identified in the research environment, such as practices, authorship, situations of abusive conduct, reasons for the harassing circumstances and the consequences of moral harassment for the worker.

The data presented below were subject to more in-depth reading through inference and interpretation (Bardin, 2009), whose results are presented in the following categories below.

Moral Harassment Practices

Moral harassment is materialized by the manifestation of abusive conduct, expressed through gestures, words and behaviors, in a systematic and repeated way, whose main support for this practice is the abuse of power (Hirigoyen, 2011). Thus, in this work environment, this category was revealed through the exercise of words and behaviors within the labor relations that jeopardized the quality of work, work capacity, personal dignity and self-esteem of the professionals surveyed.

These elements constituted practices of devaluation, defamation, humiliation, intimidation, degradation of working conditions and isolation. Within the classification of harassment methods, according to Hirigoyen (2011), the exercise of devaluation, defamation, humiliation and coercion are located within the category of attack against dignity. The insulation conducts are located on the axis of isolation and refusal to communicate and the attribution of tasks superior to the professional's competence to the level of intentional degradation of working conditions. These results of the harassment methods found are in line with the research carried out by Quiñones, Cantera and Ocampo (2013) involving care professionals for victims of violence against women.

As a way of attacking dignity, in the research environment, devaluation was practiced through artifice or expressions by the aggressor who raised doubts on the quality of the work the targets performed, as described next:

... And let's just say, the other professional who was from the area of psychology also, he did not value what I was going to do How do you say Wanting to do more and you showing your work and the other does not value it ... (Participant 8).

... He always crossed out, crossed out my notes, tugged at the little ones and left impolite messages (Participant 4).

In addition to hitting the target's work capacity, the moral harassment also impacted the dignity of the harassed person, as exemplified in the following statement, "... They liked to say

that I did not know how to do anything, because it is something very simple there ..."
(Participant 6).

Another motivation for conducts of devaluation is the gender issue, as detected in a research environment with a mostly male staff. The following discourse show how women are one of the most affected populations by moral harassment at work (Hirigoyen, 2011) and exposed to situations of discrimination in this environment (Campos-Serna et al., 2012). It also points out how intolerance of women's presence, within a typically masculine environment, authorizes the practice of this form of violence (Barreto & Heloani, 2015), ".... It withdraws our entire professional merit for being a woman... So she's a woman, she's not competent, so she doesn't know, she doesn't do, she is unable to..." (Participant 5).

Another assault against dignity found was libel, undertaken by discrediting the personal dignity, according to the following interview excerpt: "The previous coordinator, when this approach team arrived, she went to talk to them: Take care with these three, do not get involved with these three, because they're no good" (Participant 1).

Furthermore, in this subcategory, it was verified that the abuse of power was present, expressively and clearly, through coercive and intimidating expressions in which the targets were put in a paralyzing situation and cornered, revealing one of the processes occurred in moral harassment, characterized by the impediment of the target of action (Hirigoyen, 2011). The following statement exemplifies this question: "You are defending your coordinator, but next month, if you do not do the production, they will be queuing at GBarbosa I witnessed this a lot" (Participant 2).

One of the forms of intimidation, which involved risks to physical integrity, was experienced by the participant within a predominantly male environment, which reinforces the predominant exposure to moral harassment in women (Campos-Serna et al., 2012), as pointed out next:

.... I waited for the right time to go up and talk to the boss to report, to forward and make arrangement and he started working in the same sector as I and he worked armed. I, of course, wore the gun, but it was inside the car, in that case, and he would put it on the table. Then, when he put the gun like that, I already saw that it was like something he wanted to intimidate me, I was afraid (Participant 5).

Another expression of abusive conduct found in labor relations was the humiliation, which is the degradation of the individual's self-esteem linked to shame, embarrassment and the experience of being treated with contempt. And this also concerns the sense of injustice for being offended and diminished by the other (Trombetta & Zanelli, 2010), as exemplified in the following excerpt: "Sometimes you hear certain things, which you do not deserve right ?! Even the secretary herself, you know, here comes the humiliation, here comes what you need, so you have to do everything I say" (Participant 3).

Less frequently, isolation and refusal to communicate at informal moments were also found within the interview reports, as discussed in the statement below: "So social isolation, as I said. The small groups isolate themselves here, who are chitchatting ... in the cafe" (Participant 4).

As another method of harassment found in this research environment, the purposive degradation of working conditions took the form of the intentional and constant attribution of functions that required higher qualification from the target (Figueredo, 2012) as exposed in the following case:

The person would put, I do not know, like, the demands I was not adapted to, which I did not have much affinity with 'That's all, will you do it or not ??'. Then he always put that (Participant 6).

Thus, through the reality presented in this category, the professionals surveyed were subject to violent work practices that affected their personal dignity, the conditions of this

environment and the labor relations, through practices of devaluation, coercion, intimidation, humiliation and tasks beyond their competences. Such violent expressions were embedded in the categories of attacks against dignity, isolation and refusal to communicate and deliberate deterioration of working conditions (Hirigoyen, 2011).

In addition, despite the theoretical considerations by Arón and Llanos (2004) that indicate thematic contamination as the vehicle to produce violence in the relationships between health care professionals and the violence caused by the experience of negative emotions in the contact with the care demand, it is verified that this form of understanding cannot be fully applied to the results in this category of research.

Finally, it is evidenced that disputes and abuse of power in public services (Broboff & Martins, 2013) and the tagging of the target as an inferior subject (Barreto & Heloani, 2015), whether due to gender or hierarchical position, implicit or explicitly, are the main drivers of harassment practices found in this field.

To proceed with the broader understanding of this practice in the workplace in this study, the next category presents the agents of these abusive behaviors in the work environment.

The Authors of Moral Harassment in the Workplace

The authors of moral harassment in the workplace correspond to the identification of the origin and direction of abusive practice at the place of study. These abusive behaviors predominantly came from hierarchical superiors, characterizing descending harassment. This is the most frequent type of harassment and exhibited in highly hierarchical structures (Freitas et al., 2008), also being the most found type in a care environment for victims of violence, as verified in the study by Quiñones, Cantera and Ocampo (2013).

Horizontal harassment was also present, which is a form of violence practiced by colleagues and tends to emerge in groups that tend to level the individuals and have difficulty to live with difference, motivated by feelings of envy or personal rivalries (Hirigoyen, 2011).

Less frequently, mixed harassment was found when the superior exerted manipulation together with colleagues in this work environment, a result also found in the study by Quiñones Cantera and Ocampo (2013).

Thus, within descending harassment, these forms of abuse of the hierarchical superiors' power and respect are more recurrent in the statements, as follows:

It's, no, it's hierarchy, right? As I said, that was the Secretary's posture, she was the head of office, then she became our coordinator, so she followed the same posture she learned there at the Secretary, being the secretary's head of office (Participant 2).

One case in which I cried, I really cried was that of a boy who was appointed to a high position in the Safety Secretariat ... ' (Participant 5).

She's my boss, right?! (Participant 3).

In other reports, harassing interactions from colleagues were found, which is called horizontal harassment. The following statements describe the situation mainly involving the entry of commissioned employees: "They are colleagues who are appointed, these people are not part of the staff, they are passing by" (Participant 5), "Co-workers" (Participant 7).

Finally, abusive conduct in professional relations was detected which came from work colleagues and superiors, representing mixed harassment: "It was her and the trainees ... we were the victim of their persecution" (Participant 1).

Thus, as outlined in this item of the discussion, downward harassment predominates within the relationship of the care providers with the victims of violence against women, so that the hierarchy itself provides unequal power between superior and subordinate (Figueredo, 2012), thus permitting the former's abuse of his prerogatives within that higher position. Next, horizontal harassment figures as the origin and direction of this abusive practice. As the least constant authorship, there is mixed harassment, resulting from the superior's manipulation of colleagues, as pointed out by Quiñones, Cantera and Ocampo (2013).

After exposing the main authors of this violence in the research environment, the spaces within the work dynamics can be appointed where these agents practiced this abusive conduct, whose circumstances are reported in the next point of this debate.

Moral Harassment Events at Work

Events of moral harassment in the workplace took place during professional practice, in control and administrative management practices and in organizational changes.

To understand these events, it should be pointed out that entering the context in which the situations of moral harassment occur means facing one of the sides of the labor relations that are totally marked by competitive, individualistic, disrespectful characteristics and lack of acknowledgement of the other. It means assessing the level of insecurity workers experience in view of the fact that the precariousness of work, in all its aspects, causes them to submit to any employment condition as they are privileged, that is, being in the condition of employee is a reason to be blackmailed as a threat of unemployment (Barreto & Heloani, 2015).

Thus, this submission to any work condition and the competitive and individualistic nuances and lack of recognition of the other were evident in the situations of moral harassment that, within this research, were located in the execution of the tasks, fundraising for the work activities, entry and exit times, formal and informal meetings and decision making.

Hence, according to the following reports, the harassment found space during the execution of tasks which, as indicated at another moment in the discussion, refers to the degradation of the working conditions, through the attribution of tasks superior to or different from their professional practice:

... The person would put, I do not know, like, the demands I was not adapted to, which I did not have much affinity with. As the area of law is a very wide area and then I believe that the person did so because he knew that I did not adapt well to that area and then ... "That's all, will you do it or not??"... Then he always put that ... (Participant 6).

... So, I would stand back, stand back because it was the coordination. So that frustrated me there. And he had other assignments that were not in psychology ... (Participant 8).

Furthermore, as moments of acceptance of any circumstance in the practice of the profession, it could also be observed that fundraising was hampered by the avoidance of exposing oneself to a situation of harassment by one of the participants, according to the statement below, which refers to one of these times: "When I came in, I was campaigning. So, today I avoid campaigning ... because there is no material, right ?! I avoid it because what you hear in the city hall is not worth it" (Participant 3).

In turn, during the meetings, there was space for the practice of attacking professional dignity, as confirmed in the following account: "But then, she was not relieving, like, giving some opinion at some meeting, and she was not paying attention to what I was talking about, not feeling respected as a professional" (Participant 2).

As an additional element for a more violent management model, the new management models require high performance levels from their employees, as well as the renouncement or detachment from personal and family life (Figueredo, 2012), as indicated by Participant 1, who was submitted to a strict control of entry and departure times from work due to the possible delays the family obligations caused:

When we clock in, it's all about the time lady. It's all about the time here. It's not about the execution of the work, because the team performs the work here very well. So, in that sense we've never had any problem. Now the clock, my dear.

In addition, one of the situations, as pointed out by Freitas, Heloani and Barreto (2008), which leads to harassment is the entry of new members into the organization, as indicated in the following statements:

... So they started making small groups to talk about the effective employees. So, for example, we could not come today, but the coordinator was not there. My dear, the

trainees immediately took the mobile phone, sent a message to the coordinator, when we arrived the next day, she would say: "You did not come yesterday, I already know, why didn't you tell? "So they kept on creating intrigues (Participant 1).

... ah, it was another person, another boy, another employee who was responsible for this and had good contact with the policeHe started to complain, saying that it was a man thing, "I would not know why a woman, because women will not learn, because women do not pursue things ... (Participant 5).

When new elements get into the organization, it is clear that the quality of the relations between commissioned and tenured employees and the change of the commissioned hierarchical superiors can be starting points for the manifestation of harassment in this work environment under investigation. These results are supported by Freitas, Heloani and Barreto (2008), who point out the conflicts between outsourced and effective employees, as well as an organizational culture that permits this abuse, motivated by gender issues in the case reported, as grounds for the development of this violence.

In the same field of the conflict among employees, harassment is present in decision making, as attested by the participant's response when questions were asked about the situations in which these abusive behaviors took place: "It is, at the moment when I was mastering the situation, when I was managing a situation ..." (Participant 5).

Finally, the triggering situations were detected during professional practice, in control and administrative management practices and in the organizational changes, which remit to the observations by Freitas, Heloani and Barreto (2008) that the organizations are scenarios for individual and group interpretations and actions in view of the work structures and interpersonal and intergroup relations, and can thus constitute conditions and situations that contribute to the occurrence of the moral harassment phenomenon at work.

In order to substantiate these harassment practices in the labor context, the research participants provided explanations detailed in the next category to be presented below.

Reasons for the Occurrence of Moral Harassment

In this study, the reasons for the occurrence of moral harassment refer to the justifications the participants reported for locating the abusive conduct they were exposed to in this environment. The reasons for the practices of bullying were framed in two aspects: organizational factors and personal factors. The organizational factors consisted of the abuse of power and the rejection of women in positions of command.

On the other hand, the reasons for the occurrence of harassment are situated predominantly within an individual perspective in which the personality of the target / aggressor or the professional moment of the target of violence are the aspects associated with the causes for this practice, as highlighted by Antunes, Carlotto and Strey (2012).

Thus, as an organizational factor, the abuse of power exercised by representatives of municipal entities was recorded as one of the reported reasons for the practice of moral harassment, according to the following statements, which also reveal the points of instability and tension that lead to a degraded and insecure work environment (Barreto & Heloani, 2015):

According to her, in the case of that person, she said it was due to management pressure, like, how could she be a CC if she did not do it, she was going to get fired, you see? So, because of the pressure, according to her (Participant 1).

Another organizational factor one of the participants raised was the rejection of the presence of women in positions of command as reasons for the occurrence of harassment in their work environment. This picture of gender as the main point of discussion for this practice was strongly present in the discourse of participant 5 and this reality, once again, reinforces how women are discriminated against at work (Campos-Serna et al., 2012), and one of the main

targets of this violent practice in this environment (Hirigoyen, 2011): "Right, when I was in control of the situation, when I was managing a situation. "... "That had to be a woman"

The emergence of this type of individualizing understanding described in the following reports refers us to the research by Garbin and Fischer (2009), which mentions how the media exposes the phenomenon as a relationship problem between two people: one who attacks and the other who is attacked. This is clear in the following excerpts:

...as the person is silent, the person does not cause trouble. Then there are people who take advantage to discharge the problems on one person, a poor guy there, you see?! (Participant 7).

Because she does not do the work, she did not want me to do it so as, let's say, not to stand out. So she used to make a fuss (Participant 8).

It should also be clarified that this individualizing analysis of moral harassment also puts forward the individuals as the main responsables for their living and health conditions, thus shifting the focus from the collective to the individual and neglecting issues regarding work organization and abuse of power (Antunes, Carlotto, & Strey, 2012). Thus, based on this individual premise, the interviewees outline the following statements, which either refer to the personality of the perpetrator of the aggression, as shown below: "I think that the management is insecure, you see? "(Participant 4),"No, I think it's the posture of the person himself" (Participant 2).

Or link the harassment to the inexperience in the target's work: "... because it was, I think, because of my fear of starting really, of being a beginner, of thinking that I would not be able to solve that problem" (Participant 6).

Thus, in view of the statements exposed, the organizational factors are linked to issues of power and gender, expressed by the abuse of prerogatives by superiors and by the rejection of women in command situations. Nevertheless, the individualizing understanding of this

practice is considerably clearer in the reported statements, which sometimes attribute the motives to the personality of the perpetrator of violence, and sometimes to the personality of the target of the violence.

Finally, in order to close off the discussion about this phenomenon, the repercussions of this abusive conduct for the worker, considering aspects related to his work life, physical health and mental health, will be pointed out in the following item.

Consequences of Moral Harassment for the Worker

Understanding the consequences of moral harassment at work means considering the social space of work as a place where the human being is constantly producing and confronting (Barreto & Heloani, 2015). Within this relationship, the targets of this violent practice in the research environment reported consequences that express the duel between two realities: the professional exercise that identifies them and the work environment that violates them (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008).

Thus, the consequences of moral harassment for the worker point to the results of the participants' exposure to violence in their work environment. Among the losses found, motivation and professional climate were the most affected elements in the work environment. These negative effects will influence the working conditions, causing insecurity and the consequent attempt to leave work; and the participants' health, who will report experiences of negative emotions such as sadness and anger and psychosomatic symptoms such as migraine, hair loss and back pain.

Among the negative effects for the work activities the participants highlighted, motivation was the main element affected, causing a decrease in the quality of the service provided and implications for the execution of the tasks that are linked to the research carried out by Carter et al. (2013), in which being exposed to harassment in the workplace entails

significant consequences for the respondents' motivation and performance. The following excerpts show this aspect:

It affected the motivation, like, sometimes, I wanted to come and when I thought: Damn I'm going to have to meet that woman the other day, my God! It's just that, like, I was annoyed, I did not do the work well, I hardly did the groups, I know users were not to blame for that (Participant 1).

So I would write reports, sometimes I was unable to, I would block ...(Participant 8).

It was verified that the workplace climate also suffered losses in view of the degree of tension and mistrust experienced in the workplace, as signaled in the expression below:"... Work climate is because everyone used to work apprehensive and you also end up losing the motivation to work, right? That was it, motivation and the climate like ... " (Participant 2).

This drop in the quality of the work climate fits into the weakening of working conditions as verified by Freitas, Heloani and Barreto (2008). In addition to discussing this type of injury, the following excerpt reminds us of the target's intention to leave, which confirms findings from the research by Glambek, Matthiesen, Hetland and Einarsen (2014), in which this reality was found among Norwegian workers who, when exposed to harassment, presented high levels of job insecurity and an intention to leave work six months later. In addition, it is worth noting that, despite the losses in her work, the interviewee acts in a labor market context in which she undergoes different working conditions to be employed (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008).

So, the professional climate gets pretty bad, right? If the coordinator who is the head of the team, woman, causes that much intrigue among the employees I just did not ask to leave because I could not do this, you know how difficult it is to get a job (Participant 1).

Discussing the consequences for the interviewees' mental health, in turn, is linked to the understanding that the vilification of the working conditions exposes the professionals' lack of control over their own work, affecting their emotions and entailing negative repercussions for their physical and mental health. In addition, it means deepening the discussion on one of the phases of harassment at work called *malaise*, when the harassed person experiences sad thoughts, negative self-assessment and exhaustion (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008), as evidenced in the following statements:

... I was sad at first, very sad, I spent up to, really, a very sad five months, you know ?!"

(Participant 7).

So it's bad, you get super down (Participant 3).

... we get a little worn, come home like that, tired, you want to take a shower and sleep, you know? (Participant 2).

This aspect of mental health problems also leads to reports of losses for the targets' physical health, such as the occurrence of migraine, insomnia, hair loss and weight loss, which refers to the presence of psychosomatic symptoms, findings corroborated by other studies that indicate the presence of more psychosomatic symptoms in the harassed than in the non-harassed persons (González-Trujique & Gómez, 2013; Niedl, 1996).

... sometimes I'd lose sleep, woman, because of that. I had a lot of migraine and I could not do the job well (Participant 1).

... Oh dear ... the spine hurts ... a lot of hair loss ...(Participant 3).

I lost a lot of weight, I got lean ... (Participant 6).

Thus, according to the statements above, exposure to moral harassment follows a trajectory that can entail harmful effects for the targets' physical health. Moreover, as outlined in this category, these symptoms refer to the set of losses these participants experienced in their

working conditions, represented by the decline in motivation and professional climate, and the experience of negative emotions and mental exhaustion.

Conclusion

This research aimed to describe the moral harassment in the work of care professionals for victims of violence against women. This experience was evidenced by the results listed in this study, which portrayed the practices, factors, situations, authors and consequences of moral harassment for these workers. Thus, the findings showed that this professional group is exposed to abusive conduct in their work environment, in line with data from other studies, such as Quiñones, Cantera and Ocampo (2013).

It is also verified that the presence of moral harassment in the work relations of care professionals for victims of violence against women exposes a reality permeated by practices of devaluation and the violation of personal and professional dignity, engendered by the abuse of power and the definition of targets as inferior people. Hence, for the sake of this study, thematic contamination does not fully explain the phenomenon observed.

These violent practices in the workplace, mostly coming from hierarchical superiors, entailed negative consequences for physical and mental health and, more clearly, it is verified that motivation and professional climate are the two elements the moral harassment at work affects most. These losses entail repercussions for the execution of tasks and safety at work. In short, these visible and invisible risks lead to the worker's illness (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008), as evidenced in this study by the characteristics of the experience of the malaise phase in response to the harassment at work and by the manifestation of psychosomatic symptoms.

Thus, this research revealed a work environment in which the experience of abusive conduct in professional relations is little discussed as, in accordance with Castellón (2011), research in this area has been focused on investigating harassment in the work relations of workers in organizations such as banks, hospitals, schools and different companies. In view of

the invisibility of the subject, this study gave voice to professionals immersed in harassing labor relations, whose harmful consequences were present in the working conditions and in the workers' mental and physical health. In addition, most participants' individualizing understanding of moral harassment in the workplaces investigated demonstrates the need to construct and disseminate studies of this nature, as it is essential to clarify how abuse of power and organizational issues promote the increase of violence at work.

Therefore, in view of the forms of violence observed in this work environment and the consequences for the workers' health, public policies or programs need to be constructed that are aimed at preventing harassment in these spaces and/or implementing intervention strategies for the places where this violence at work is present. In addition, the institutional promotion of meetings to discuss the demands met and the labor relations are other aspects to promote these professionals' well-being. As a guideline for the actions suggested, self-care figures as a tool to prevent harassment in work relations and a strategy for health promotion and care (Cantera & Cantera, 2014). This finding is reinforced in a study among psychologists, whose results identified that professionals with a higher frequency of self-care behaviors present higher levels of quality of life and personal accomplishment, as well as lower levels of emotional exhaustion, depersonalization, anxious symptoms and secondary traumatic stress (Vio, Platz, Bermúdez, & Vidal, 2011).

Finally, this study presents limitations that can be overcome in future studies. The first one is related to the lack of an instrument to indicate the presence of symptoms related to secondary traumatic stress in the participants, so as to relate the results collected to the presence of harassment practices reported during the interview. The second restriction of this scientific resource is the inexistence of questions that explore this professional group's experience of attending to victims of violence against women. The third point is linked to the absence of questions in the survey to understand how ways of dealing with conflicts in this environment

can strengthen the occurrence of harassment in these labor relations. The fourth limitation relates to the lack of knowledge on the prevention and health promotion practices the participants and the research institutions undertake.

Bibliographic References

- Antunes, B. M., Carlotto, M. S., & Strey, M. N. (2012). Mulher e trabalho: visibilizando o tecido e a trama que engendram o assédio moral. *Psicologia em Revista*, 18(3), 420-445. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012V18N3P420>.
- Arón, A. M. & Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20(2), 5-15. Recuperado de http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edição revisada e actualizada. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015) Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social e Sociedade*, 123, 544-561. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.036>.
- Bobroff, M. C. C., & Martins, J. T. (2013). Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Revista Bioética*, 21(2), 251-258. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200008>.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., & Benavides, F. G. (2012). Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>.
- Cantera, L. M., & Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>.
- Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., & Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ open*, 3(6), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002628>.
- Castellón, A. M. D. (2011). Violência laboral em enfermeiras: explicações e estratégias de enfrentamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 156-163. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100021>.
- Claybourn, M., Spinner, B., & Malcom, K. (2014). Workplace harassment: A test of definitional criteria derived from an analysis of research definitions and Canadian social definitions. *International journal of law and psychiatry*, 37 (6), 589-600. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.033>
- Devonish, D. (2013) Job demands, health, and absenteeism: does bullying make things worse? *Employee relations*, 36(2), 165-181. <https://doi.org/10.1108/ER-01-2013-0011>.
- Escartín, J., Salin, D., & Rodríguez-Carballeira, Á. (2013). El acoso laboral o mobbing: similitudes y diferencias de género en su severidad percibida. *Revista de Psicología Social*, 28 (2), 211-224. <https://doi.org/10.1174/021347413806196735>
- Figueredo, P. M. (2012). *Assédio contra mulheres nas organizações*. São Paulo, SP: Cortez.
- Freitas, M. E. de, Heloani, R., & Barreto, M. (2008). *Assédio moral no trabalho*. São Paulo, SP: Cengage Learning.

- Garbin, A. de C., Fischer, F. M. (2012). Assédio moral no trabalho e suas representações na mídia jornalística. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 417-424. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000035>.
- Glambek, M., Matthiesen, S. B., Hetland, J., & Einarsen, S. (2014). Workplace bullying as an antecedent to job insecurity and intention to leave: a 6-month prospective study. *Human Resource Management Journal*, 24(3), 255-268. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12035>.
- González-Trijueque, D., & Gómez, J. L. G. (2013). Perfiles Victimológicos en Trabajadores Acosados en su Lugar de Trabajo: Niveles de psicopatología y burnout. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 120-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436004>.
- Guerra, C., & Pereda, N. Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. (2015). *Anuario de Psicología*, 45(2), 177-188. Recuperado de <http://revistas.ub.edu/index.php/Anuariopsicologia/article/viewFile/14265/17522>.
- Hirigoyen, M. F. (2011). *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. (13ª Ed). Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Invitti, C. (2012). *Autoconceito de trabalhadores assediados moralmente no trabalho* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/100814>.
- Lac, G., Dutheil, F., Brousse, G., Triboulet-Kelly, C., & Chamoux, A. (2012). Saliva DHEAS changes in patients suffering from psychopathological disorders arising from bullying at work. *Brain and cognition*, 80(2), 277-281. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.07.007>.
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. <https://doi.org/10.1177/0739986315578842>.
- Nascimento, S. M. (2009). *Assédio Moral*. São Paulo, SP: Saraiva.
- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 239-249. <https://doi.org/10.1080/13594329608414857>.
- Nielsen, M. B., Nielsen, G. H., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2015). Workplace bullying and suicidal ideation: a 3-wave longitudinal Norwegian study. *Am J Public Health*, 105(11), 23-28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302855>.
- Pioner, L. (2012). Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 10(1), 113-120. Recuperado de <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/16>.
- Quiñones, P., Cantera, L. M., & Ocampo, C. L.O. (2013). La violencia relacional en contextos laborales que trabajan contra la violencia. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (135-155). Barcelona: Amentia Editorial.
- Trombetta, T., & Zanelli, J.C. (2010). *Características do assédio moral*. Curitiba, PR: Juruá.
- Vio, C. G., Platz, A. M., Bermúdez, & Vidal, A. N. (2011). N. R. Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521287010>.

-CAPÍTULO 5-

A INVISIBILIDADE DAS MULHERES QUE CUIDAM DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: ENTRE VOZES E LUGARES

Resumo: Este estudo teve como finalidade descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional cuja operacionalização foi feita através da aplicação de um roteiro de entrevista com 12 profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher em diferentes centros de atendimento a este público em Aracaju e no interior de Sergipe, Brasil. A exposição a conflitos e relações de trabalho violentas, a condições de trabalho precárias, a uma dinâmica institucional personalista e a dificuldades para seguimento e acompanhamento dos casos atendidos são constatações deste estudo. Diante dos resultados encontrados, o fortalecimento do sistema de políticas públicas é apontado como um dos pilares de reconfiguração desta realidade.

Palavras-Chaves: Profissionais da assistência a mulheres vítimas de violência; Condições de trabalho; políticas públicas; Autocuidado

The invisibility of women who care for battered woman: between voices and places

Abstract: The aim of this study was to describe the working conditions, to investigate the experience of attending to women victims of violence and to observe the self-care practices practiced by the professional group at personal, professional, collective and institutional levels whose operationalization was done through the application of a script of interview with 12 professionals of the assistance to victims of violence against the woman in different centers of attendance to this public of the interior of Sergipe, Brazil. Exposure to violent conflicts and working relationships, precarious working conditions, a personalistic institutional dynamics and difficulties to follow up and follow up on the cases served are findings of this study. In view of the results found, the strengthening of the public policy is pointed as the pillars of reconfiguration of this reality.

Keywords: Care professional for victims' violence; Work conditions; Public policy; Self-care.

Introdução

O fenômeno da violência contra a mulher se materializa e ganha contornos em sociedades patriarcais. No entanto, a progressiva compreensão de que esta realidade não era um aspecto do âmbito estritamente privado e nem um acontecimento natural levaram a implementação de ferramentas jurídicas de prevenção, proteção e assistência a mulheres alvos destas práticas violentas. No contexto brasileiro, esta realidade é explicitada pela sua presença como signatário da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Para cumprir as obrigações dispostas neste dispositivo, foi criada a Lei nº 11.340 ou Lei Maria da Penha em 2006.

Esta estrutura jurídica determina as formas de violência contra a mulher, as medidas integradas de prevenção, a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, as ações a serem executadas pela autoridade policial e as medidas protetivas (BRASIL, 2006). Como meio de designar conceitos, princípios, diretrizes e ações para os atores institucionais envolvidos no combate à violência contra a mulher, foi também formulada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011). Tal documento apresenta a rede de atendimento para os casos atendidos que, dentre os serviços listados para este fim, estão os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CREAMs), as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

Conforme exposto acima, o Brasil apresenta uma regulamentação que organiza os serviços de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. No entanto, o contato com este tipo de demanda pelos profissionais destes centros é envolvido por elementos que podem ocasionar o adoecimento não só do trabalhador, como de toda a equipe multiprofissional.

O trabalho do profissional de assistência a mulheres vítimas de violência

Na aproximação com esta realidade, alguns trabalhadores se identificam com os atendidos o que ocasiona o contágio emocional e posterior sofrimento em conjunto com a vítima, outros demonstram insensibilidade perante os casos atendidos ou rememoram suas experiências pessoais de trauma ou violência (Vilma Duque ARELLANOS & Nieves Gómez DUPUIS, 2014).

Estudos apontam para um leque de emoções mobilizadas no exercício desta atividade de atendimento de casos de violência contra a mulher. Uma pesquisa promovida por Elisabeth Meloni VIEIRA e Mariana HASSE (2017) com profissionais envolvidos na atenção aos casos de violência contra a mulher em uma rede intersetorial indicou que os pesquisados percebiam seu trabalho como desgastante e experimentavam muitas dúvidas, sensação de impotência,

tristeza, ansiedade, desconfiança, frustração, desalento, estresse e medo diante dos casos atendidos.

Este conjunto de emoções mobilizadas diante dos casos atendidos também remete a compreensão de que a violência é uma realidade censurada em nível social e geralmente está ocultada, justificada ou negada tanto pelos participantes como pelos espectadores dos casos. Com isso, escutar os episódios de violência envolve o desvelamento de um segredo que ocasiona terror tanto para os alvos, os autores dos episódios e até mesmo para os próprios profissionais (Óriol GINÉS & Eduardo Carvalho BARBOSA, 2010).

Além disso, conforme apontado por Alejandra Isabel SANTANA e Chamarrita FARKAS (2007), o trabalho com a violência é uma atividade atravessada por uma alta carga emocional que afeta não só o funcionário, mas a equipe como um todo que experimenta ansiedade e desgaste emocional diante dos casos atendidos. Estes efeitos observados nestas pesquisas são decorrentes da contaminação temática que, estabelecendo uma similitude com as situações laborais relacionadas a substâncias tóxicas, os episódios de violência e maltrato acolhidos seriam estes elementos tóxicos que ocasionam danos progressivos ou agudos aos profissionais e a equipe de trabalhadores (GINÉS & BARBOSA, 2010).

Associada a vivência destas emoções negativas, a contaminação temática também leva a reprodução da dinâmica da violência dentro do ambiente de trabalho (Ana Maria ARÓN & Maria Teresa LLANOS, 2004) e a minimização ou negação dos casos de violência atendidos trazendo impactos para a qualidade dos serviços atendidos através da limitação dos recursos oferecidos para abordar as consequências nos alvos dos episódios violentos (Shanti KULKARNI, Holly BEL, Jennifer L. HARTMAN, & Robert L. SMITH, 2013).

Em conjunto com a contaminação temática, um dos riscos psicossociais emergentes no trabalho de atendimento a vítimas de violência é o estresse traumático secundário. Trata-se de um transtorno incorporado pela APA em 1980 cuja sintomatologia se estende por reações cognitivas, emocionais, motoras e somáticas. Os problemas de concentração, a recordação dos casos atendidos, a hipervigilância, insônia e atitudes evitativas são alguns dos sintomas encontrados neste tipo de estresse (Bernardo MORENO-JIMÉNEZ, Maria Eugénia MORANTE, Eva Hernández GARROSA, & Raquel Rodríguez CARVAJAL, 2004).

Ainda dentro do contexto do trabalho com vítimas de violência, outra consequência ocasionada pelo desgaste profissional é a traumatização das equipes. Ela se caracteriza pela reprodução da dinâmica da violência dentro das relações de trabalho. Este aspecto estará presente nos desacordos internos sobre diagnóstico e prognóstico dos casos atendidos, na coordenação dos serviços e na avaliação dos recursos aplicados para os casos atendidos. Tais questões ocasionam

prejuízos para a qualidade dos serviços ofertados aos usuários seja por estes conflitos internos, ou pelos resultados ocasionados pelos mesmos (GINÉS & BARBOSA, 2010).

Em conjunto com os aspectos de risco de adoecimento no contato com a realidade atendida, estes trabalhadores estão sujeitos a ideologia neoliberal e ao esfacelamento das políticas públicas dentro de métodos de gestão baseados em modelos industriais, que primam pela administração de recursos e pela competência econômica. Este cenário também propicia a traumatização das equipes que pode desembocar na prática de assédio (Carmina Puig CRUELLS, 2015).

Por outro lado, como recurso preventivo para estas formas adoecimento em níveis grupal e individual, o autocuidado emerge para promover a saúde dos trabalhadores, da equipe laboral e prevenir a ocorrência de práticas violentas nas relações de trabalho. Para Ofélia Tobón CORREA (2006), este termo está relacionado a práticas cotidianas e a decisões sobre as mesmas empreendidas por um indivíduo, família ou sociedade para cuidar da própria saúde. Estas ações são habilidades aprendidas ao longo da vida, de forma constante, e realizadas por livre vontade que objetiva sustentar ou resgatar a saúde e prevenir doenças. Elas variam de acordo com as culturas e a capacidade de sobrevivência.

A importância das práticas de autocuidado nestas equipes profissionais de atendimento a casos de violência reside no fato de que manter uma atenção voltada para si é completamente fundamental para evitar danos, através da compreensão e conhecimento dos seus sentimentos na prestação de serviços, e, desta forma, evitar a propagação das frustrações ou tristeza, por exemplo, para o público atendido. O foco deste recurso está direcionado para as relações, as conexões e a rede de pessoas (CRUELLS, 2015).

As seguintes práticas podem ser realizadas em nível individual tais como: autoconhecimento, resgate e visibilidade dos mal-estares físicos e emocionais, criar momentos ou espaços de relaxamento e descompressão, manter áreas pessoais distantes de temáticas relacionadas ao trabalho, evitar a escolha por locais de lazer vinculados a assuntos do trabalho e estar atento para o aprimoramento profissional como meio de conhecer ferramentas e técnicas mais adequadas para o público atendido (Alejandra Santana LÓPEZ, 2014).

Em nível institucional, determinados aspectos apresentam influência no adoecer dos funcionários de centros de atendimento a violência tais como: condições físicas do local de trabalho, tipo de trabalho realizado pelo profissional, formas de reconhecimento mediante o trabalho realizado, bem como as sanções acionadas diante do descumprimento, conteúdo e natureza do trabalho e o estilo de liderança e comunicação adotado pela instituição (ARELLANOS & DUPUIS, 2014).

O impacto do emprego destas práticas de autocuidado é demonstrado por estudos como o realizado por Ga-Young CHOI (2011) com trabalhadores sociais nos Estados Unidos. Esta pesquisa apontou que os trabalhadores com maior suporte por parte dos seus superiores, colegas e equipe de trabalho e com acesso a informações estratégicas organizacionais apresentavam menores níveis de estresse traumático secundário. Estes achados também são corroborados por investigação realizada por Suzanne M. SLATTERY e Lisa A. GOODMAN (2009) com profissionais da assistência a vítimas de violência doméstica. Tal exploração constatou que o suporte dos colegas, uma supervisão clínica qualificada e o compartilhamento do poder são relevantes e inversamente correlacionadas com estresse traumático secundário.

O papel da instituição na promoção do autocuidado dos seus trabalhadores é um ponto de significativo impacto na saúde das equipes. Esta compreensão é reconhecida por pesquisa realizada por Kulkarni et al (2013) com equipes de atendimento a violência doméstica em que o sentimento de pouco controle sobre o trabalho, a carga laboral e os valores organizacionais contribuem significativamente para o estresse traumático secundário e o *burnout* nos pesquisados.

Diante destes resultados, torna-se de suma importância que a instituição maneje os conflitos dentro da própria equipe sem atingir a qualidade dos serviços prestados, sejam responsáveis pela educação dos seus funcionários em detectar os sinais do estresse traumático e traumatização vicária e incentive a avaliação periódica destes transtornos nos trabalhadores. Além disso, todas as ações de autocuidado em nível individual precisam ser reforçadas pela cultura organizacional dos locais de trabalho (Britany S. SANBURY, Kelly GRAVES, & Wendy SCOTT, 2015).

Alguns autores como Taslim ALANI e Mirella STROINK (2015) afirmam que o autocuidado é uma ferramenta de caráter preventivo e desta forma, suas estratégias não são efetivas quando o adoecimento está instalado no indivíduo ou grupo profissional. Em contrapartida, um trabalho em oficinas de autocuidado realizado por María Tereza MUÑOZ e Boris LUCERO (2013) com profissionais em atividade de alto risco psicossocial obteve resultados positivos relacionados ao autocuidado. Os profissionais relataram maior assertividade em suas intervenções através da aplicação das ferramentas de autocuidado em sua vida diária, um leque mais amplo de intervenções no exercício de suas atividades, menor cansaço emocional e o estabelecimento de relações mais saudáveis e humanas entre os profissionais e na prestação de serviços.

Com isso, mediante a apresentação conceitual dos riscos para a saúde dos trabalhadores dos centros de atendimento a violência na escuta dos casos das agressões atendidas, esta pesquisa transcultural realizada em parceria com o grupo de investigação VIPAT (Violencia en la Pareja

y en el Trabajo) da UAB (Universidad Autònoma de Barcelona) se apresenta com os seguintes objetivos: descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional.

Metodologia

A amostra no contexto brasileiro foi constituída por 12 profissionais da assistência direta a vítimas de violência contra a mulher. Estas participantes apresentam uma faixa etária média de 35 anos e prestam serviços desta natureza em diferentes centros de atendimento de Aracaju e do interior do Estado de Sergipe, Brasil.

Trata-se de uma amostragem por conveniência cujo critério de seleção obedeceu a parâmetros de disponibilidade pessoal para a participação na pesquisa.

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista e a aproximação com as participantes deste projeto em ambos os países foi intercedido por representantes de quatro centros de atendimento às demandas de violência contra mulher com o intuito de mapear a quantidade de profissionais especializados na prestação de serviços desta natureza e disponíveis para participar deste estudo. Após esta etapa, foram agendados data e local com as profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher para realização das entrevistas.

O estudo foi realizado mediante a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha uma breve descrição dos propósitos desta pesquisa. Além disso, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, conforme parecer nº 2.559.557.

A obtenção dos resultados foi operacionalizada através do emprego do programa informatizado *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Trata-se de um método informático que possibilita diferentes formas de análises textuais resultando em uma organização compreensível e clara do material escrito coletado. Para esta pesquisa, foi selecionada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que organiza o vocabulário em classes em um dendograma que explicita as relações entre elas (Brigido Vizeu CAMARGO & Ana Maria JUSTO, 2013).

Resultados e Discussão

O corpus investigado foi composto por 12 UCI (Unidades de Contexto Iniciais) e foi dividido em 1.283 segmentos de texto e 4.177 palavras com uma frequência de 10,51 palavras por resposta. O dendograma elaborado, tendo como base a homogeneidade dos segmentos de texto (Figura 1), identificou cinco classes de segmentos de texto. Através da exploração da aba perfis

gerados pela classificação hierárquica descendente, são identificados os conteúdos lexicais de cada uma destas classes (CAMARGO & JUSTO, 2013).

As palavras mais recorrentes em cada classe estão descritas no dendograma apresentado na Figura 1. Foram escolhidas as 10 primeiras palavras exibidas em cada classe. Os discursos dos participantes ou segmentos de texto explicitados nesta análise foram extraídos da aba Perfis, de maneira que o contexto de cada classe fosse explicitado por segmentos textuais característicos da realidade pesquisada.

Em um primeiro momento, a CHD segmentou o corpus as cinco classes em três subcorpora, de forma que de um lado ficaram posicionadas as classes 5, 2 e 4 e de outro lado as classes 1 e 3. Na sequência, a classe 5 foi separada em classes dois e quatro.

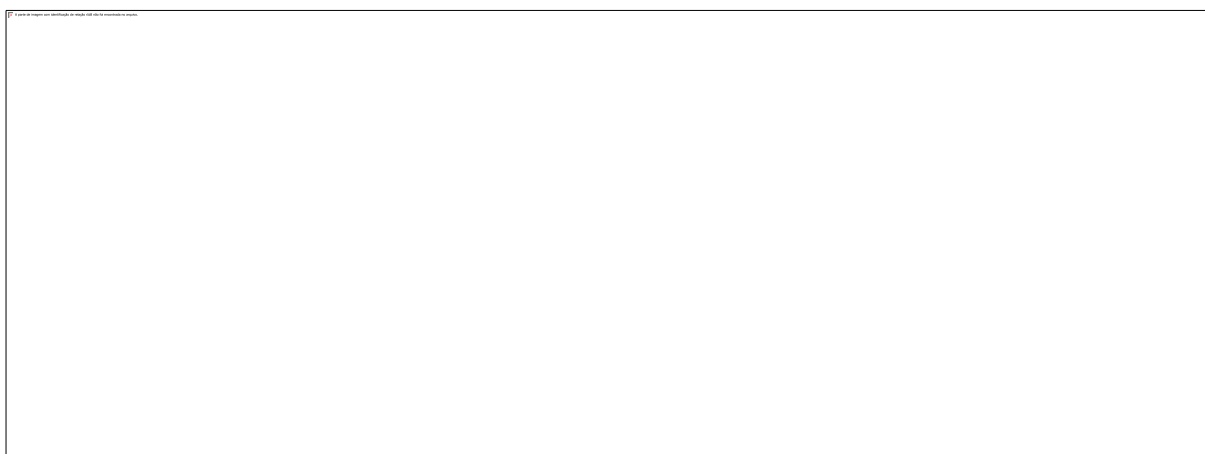


Figura 1-Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher

Fonte: Arquivo pessoal

Os resultados e discussão deste estudo serão inaugurados pela Classe 5 denominada “Atendimentos a mulheres vítimas de violência” que aponta para aspectos tagenciadores da demanda atendida e da aproximação com esta realidade. Em um segundo momento, será discutida a Classe 2 denominada “Conflitos, Violência e Atuação Profissional” e depois, a Classe 4 denominada “Autores das práticas de assédio e as condições de trabalho.” No seguimento desta construção, o foco deste tópico se voltará para a Classe 3 que recebeu a denominação de “Autocuidado Pessoal”, por fim, a Classe 1 nomeada “Manejando os obstáculos no ambiente de trabalho” encerrará o debate sobre a realidade destes profissionais no contexto brasileiro.

A classe 5 intitulada “Atendimento a mulheres vítimas de violência” foi a menor classe do dendograma e representa 11,9% dos segmentos do texto analisado. De acordo com os segmentos dos textos, a natureza desta classe é caracterizada por conteúdos que abrangem

aspectos e elementos que atravessam, dinamizam e norteiam os episódios de violência contra a mulher, bem como pela descrição de sensações e sentimentos, elementos presentes nesta aproximação feita pelos trabalhadores pesquisados com os casos atendidos.

Os discursos característicos do contexto presente na violência contra a mulher podem ser representados pelos seguintes trechos:

Não, não existe igualdade entre homens e mulheres. Não existe na mente das pessoas. E quando o outro é diferente de você, você não respeita essa diferença. (Participante 9)

(...)para algumas pessoas são taxadas de que estar porque quer, porque gosta de sofrer violência e na verdade, não é. Tem todo um contexto social, uma história que precisa ser entendida e por isso, que tem que ter esse contato qualificado(...) (Participante 7)

Ao longo da construção desta classe, há elementos que aludem a questão da falta de igualdade entre homens e mulheres, terreno fértil para emergência do preconceito, que parte da ideia da superioridade masculina autorizando a imposição e concomitante uso da violência por parte dos homens principalmente dos companheiros. Além disso, são veiculadas falas a respeito dos estereótipos construídos acerca das mulheres agredidas e a falta de informação por parte das usuárias sobre as diferentes formas que os atos de violência podem assumir.

Em relação ao fenômeno da violência contra a mulher, percebe-se que o patriarcado ordena uma configuração hierárquica de relação que atravessa todos os espaços sociais, com um escopo material, corporificado e uma estrutura de poder que baseia tanto em uma ideologia como em uma prática. Dentro desta lógica, o processo de naturalização da violência contra a mulher se manifesta como a legitimação do poder, posse e controle do homem sobre esta, dentro de uma dada relação (Heleieth SAFFIOTI, 2011).

Associado a este aspecto cultural, é constatado que estas profissionais estão em contato com uma realidade social censurada, velada, fundamentada ou negada tanto pelos participantes como pelos espectadores dos episódios violentos (GINÉS & BARBOSA, 2010). Com isso, a aproximação com os casos de violência faz com que as pesquisadas estabeleçam uma relação de racionalização, de rememoração dos episódios vivenciados ou mesmo de impotência.

A realidade descrita acima está retratada nos segmentos de textos expostos a seguir:

Têm dias que me sinto bem, têm dias que me sinto nadando e não chegando a lugar nenhum. Sabe. Porque é processo, passos de formiguinha. (Participante 8)

Eu não fico pensando no problema, tento solucionar aqui dentro. Agora, quando eu venho no dia seguinte, aí eu procuro fazer alguma coisa para solucionar, nunca deixo o usuário sem solução. (Participante 3)

Eu levo esta demanda para casa. No trabalho não, mas em casa, eu choro, e aí eu lembro da minha mãe, lembro que eu poderia, porque assim, têm alguns casos que é conhecido e eu queria levar para casa, mas não posso. (Participante 4)

Estes recortes nos direcionam para os apontamentos de Arellanos e Dupuis (2014) que indicam para os riscos de contágio emocional e concomitante sofrimento por parte dos profissionais, durante o contato com os casos atendidos, ocasionando insensibilidade ou revivência das experiências pessoais de trauma ou violência. Estes aspectos denotam para os riscos de adoecimento por parte deste grupo profissional.

Neste cenário, o autocuidado emerge como recurso de fundamental importância para as equipes profissionais de atendimento a casos de violência, uma vez que a atenção voltada para si proporciona compreensão e conhecimento dos seus sentimentos na prestação de serviços e com isso, impede ações típicas da violência institucional para o público atendido (CRUELLES, 2015). No entanto, em decorrência da falta de práticas de autocuidado pessoal ou institucional, a qualidade dos serviços prestados também é afetada, e isto é expressa pelo receio da entrevistada abaixo que aponta para a presença prática violenta por parte das instituições:

E uma das minhas grandes preocupações era essa: tentar passar a informação correta para a mulher, para ela não sofrer o segundo crime, a segunda violência, que é a violência institucional, que é aquela cometida pelos servidores, que acontece muitas das vezes. (Participante 9)

Tais atitudes apontam para os efeitos da contaminação temática e fortalecem a experiência de insegurança experimentada pelos alvos das agressões que circulam entre a violência interpessoal e a violência institucional e assim, os serviços não cumprem a sua finalidade de suspender a exposição da mulher à violência (VILLELA et al, 2011).

Esta ausência de práticas de autocuidado, seja de ordem pessoal ou institucional, irá desembocar em conflitos, no estabelecimento de práticas violentas nas relações profissionais e na emergência de empecilhos para a atuação laboral das pesquisadas dentro dos centros de atendimentos a vítimas de violência contra a mulher. Estes elementos estão contidos na Classe 2 denominada “Conflitos, Violência e Atuação Profissional” que abrange 21,36% dos segmentos de texto.

Os discursos elucidativos destas constatações são apresentados logo a seguir:

E tinha algumas questões, interesses de alguns profissionais, como eu estava na liderança disso e sob poder desse material, eu recebi várias ofensas. Só podia ser mulher mesmo. Então assim, sempre quando eu estava no poder, eu senti. (Participante 5)

Aí eu não gosto disso porque eu acho que atrapalha o ambiente profissional. Talvez um abuso de poder por estar na coordenação, achar que eu queria passar por cima da ordem dela sendo que não foi. (Participante 7)

Em certo momento, eu me deparei com profissional que não estava tão preparada quanto eu, de uma certa forma, e a gente acabou assim, entrando em conflito, não briga, mas assim, eu falava, vamos por esse caminho, porque se ficar só aqui esperando a demanda a gente não vai surtir efeito. (Participante 6)

Em relação a primeira fala pontuada acima, percebe-se como estas mulheres estão sujeitas a mesma lógica de dominação masculina imposta pelo patriarcado que tanto afetam as próprias usuárias atendidas nestes centros de atendimento, conforme já explicitado na classe 5. Tal aspecto de gênero motiva práticas de assédio nas relações profissionais, como a desvalorização acenada no primeiro discurso, principalmente, em um ambiente predominantemente masculino como o que a Participante 5 está situada.

Assim, este cenário se coaduna com as constatações de Marie-France HIRIGOYEN (2011) de que as mulheres são uma das populações mais sujeitas ao assédio moral em seu ambiente laboral e com isso, emergem ocorrências discriminatórias neste ambiente (Javier CAMPOS-SERNA, Elena RONDA-PÉREZ, Lucía ARTAZCOZ & Fernando G.BENAVIDES, 2012). Também atesta para a intolerância pela presença da mulher, dentro de um ambiente tipicamente masculino, autorizando a prática desta forma de violência (Margarida BARRETO & Roberto HELOANI, 2015)

Além desta questão de gênero, esta prática violenta é acionada pelo abuso do poder, como identificada na fala da Participante 7, que também relata impactos negativos para a qualidade do ambiente profissional. Isto reforça os apontamentos de Sansbury, Graves e Scott, (2015) que a instituição deve ser responsável pelo manejo dos conflitos dentro das equipes profissionais, de maneira que este ponto não afete a performance dos atendimentos prestados aos usuários.

No entanto, é revelado também no trecho transcrito da entrevista com a participante 6 que a instituição não dispensa atenção para as práticas de violência e conflitos o que não só compromete a qualidade do acolhimento das demandas, como também proporciona influência negativa para a saúde dos funcionários de centros de atendimento a violência (ARELLANOS & DUPUIS, 2014).

O que se observa, em contrapartida, é que a forma de gerir das instituições compõe um dos elementos sustentadores para a ocorrência de conflitos e práticas violentas dentro deste ambiente de trabalho pesquisado. Este cenário se descortina com os seguintes trechos pontuados abaixo:

Por que a outra gestão era em cima, sabe. Existia assim, como posso dizer, existia assim, assédio moral, em cima de qualquer coisa privavam muito pelo horário, invés de buscar resolutividade dos processos, dos casos que chegam à gente. (Participante 8)

Por que você está numa gestão que não lhe dá espaço, porque você se frustra financeiramente pela falta de reconhecimento, você sabe da sua importância, mas as pessoas ainda não sabem da importância do psicólogo. (Participante 10)

Assim, o conjunto de falas acima indica que há um distanciamento e uma hierarquização dentro da estrutura institucional, ocasionando obstáculos para a atuação dos profissionais nestes locais e sentimentos de frustração no exercício do papel profissional dos pesquisados. Isto acrescenta mais risco de adoecimento para esta população trabalhadora e reforça as constatações de Maria Ester de FREITAS, Roberto HELOANI e Margarida BARRETO (2008) de que o assédio descendente é o mais encontrado em estruturas muito hierarquizadas, bem como o tipo mais frequente em ambiente de assistência a vítimas de violência como constatadas pelo estudo de Paulina QUIÑONES, Leonor María CANTERA e Carmen L. Ojeda OCAMPO (2013).

Ainda dentro desta mesma linha de discussão, a classe 4 emerge com 22,7% das ST e nela estão relatados os autores das práticas de assédio e as condições de trabalho que perfazem a estrutura dos serviços de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. Conforme constatado na classe 2, estas profissionais estão submetidas a uma hierarquia rígida movida por uma dinâmica política personalista. Além disso, estão sujeitas à falta de recursos e segurança patrimonial nos locais que exercem suas atividades.

Em relação ao abuso de poder por agentes ocupantes das posições superiores na hierarquia, esta classe evidencia os autores das condutas abusivas como pessoas nomeadas para o exercício de atividades de coordenação e de secretariado de órgãos municipais e estaduais. Os trechos listados a seguir tornam esta realidade mais evidente:

Só que a pessoa tentou chegar aqui, não está mais aqui no município. Chegou aqui cheia de coisa, aquela fala agressiva demais, tentando me coagir. (Participante 8)

Já um que eu chorei, que eu chorei mesmo que foi um rapaz que ele foi nomeado um cargo alto na secretaria de segurança. (Participante 5)

Ao descrever a estrutura física e segurança das instituições, as profissionais indicaram, em trechos das entrevistas, indícios de fragilidade do aspecto físico do local e falta de segurança patrimonial em seus ambientes de trabalho o que denotam sinais da precarização das condições laborais em locais de prestação de serviços de assistência social, como discutido por Patrícia Krieger GROSSI, Ana Rita Costa COUTINHO e João Vitor BITENCOURT (2015):

Precisa de algumas coisas como segurança né? [...] eu só acho ruim o físico, a estrutura [...] (Participante 2)

O único ponto negativo que tem aqui no meu ponto de vista é essa falta de segurança, porque tem muito roubo aqui e a gente fica sempre apreensiva.
(Participante 3)

Dentro desta linha fragilização do sistema de políticas públicas e concomitante dependência da política de interesses pessoais vigentes, este quadro se soma a escassez de recursos materiais e humanos o que condiz com os resultados apresentados por Vinicius Tonollier PEREIRA, Cristiane Redin FREITAS e Daniela Duarte DIAS (2016) em que profissionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) também são atravessados pelos aspectos apresentados nesta classe em sua prática profissional. Estes pontos foram enunciados através de indicativos de insuficiência ou falta de recursos materiais e humanos para a execução das atividades pelos profissionais ocasionando prejuízos na qualidade dos serviços prestados, conforme trechos a seguir:

Eu não consigo resolver o caso, pela questão da própria estrutura aqui do DAGV que não tá me dando, escolta pra trabalhar, pra gente ir pro local, pra gente poder fazer contato. (Participante 12)

Então, que você não é dona dali, que se eu mandar fazer, você tem que fazer, que você não é nada, que você cresceu aqui por causa de mim, que eu lhe vi criança, que hoje você tem um carro por causa de política, essas coisas.
(Participante 4)

Estes resultados descritos nesta classe se coadunam com os relatórios Observe (2010; 2011) em que, dentre outras considerações, apontam para a postura personalista dos dirigentes institucionais, a insuficiência de recursos e as deficiências estruturais dos locais como obstáculos que dificultam o fluxo de atendimento a vítimas de violência contra a mulher.

Além disso, estes dados nos direcionam para o cenário de fragilização e precarização do sistema de políticas públicas e afastamento do Estado defendidos pelo capitalismo contemporâneo que ocasionam a oferta insuficiente de recursos para a consecução das atividades por parte dos profissionais (Geovana Prante GASPAROTTO, 2013).

Com isso, este grupo de trabalhadoras está exposto a condições de adoecimento motivadas pela dinâmica das instituições em que estão inseridos. Isto fica claramente evidenciado por Arellanos e Dupuis (2014) que lista os aspectos influenciadores, em nível institucional, no adoecer dos funcionários de centros de atendimento a violência tais como: condições físicas do local de trabalho, a forma de tomada de decisões e o relacionamento com os superiores, conteúdo e natureza do trabalho e o estilo de liderança e comunicação adotado pela instituição. Diante desta exposição a condições precarizadas de trabalho, uma estrutura institucional personalista, relações violentas dentro do contexto profissional e sujeitas a mobilização emocional na aproximação com a realidade atendida, questiona-se quais são os espaços de descompressão ou esvaziamento disponíveis ou criados por estes profissionais para lidar com um cotidiano profissional adoecedor.

Os indícios das formas de cuidado de si estão disponíveis na Classe 3 intitulada “Autocuidado Pessoal.” Esta classe contempla as redes de apoio, os espaços de tempo disponíveis para o cuidado de si e o papel exercido por estas mulheres dentro de seus ambientes familiares.

Dentro da questão das redes de apoio, observa-se que a figura materna ocupa posição importante para estas profissionais que a representam como referências de bem-estar, acolhimento e proteção em sua vida pessoal. Também emergiram outros componentes do ambiente familiar como filhos, pai e marido, constituindo este papel na vida pessoal destas pesquisadas. Estas constatações podem ser encontradas nos seguintes trechos:

(...) na minha vida pessoal, teve o apoio do meu esposo que acreditava que eu era capaz, minha mãe, sempre acreditou. (Participante 1)

(...)meu amigo para mim é minha mãe, meu pai, meu marido(...). (Participante 2)

(...) Eu não dava tanto valor a minha mãe como eu dou hoje não, há três anos atrás, nossa senhora, foi o meu chão, e o que eu posso fazer por ela eu sei que eu faço(...). (Participante 6)

Neste caso, o ambiente familiar é a fonte de segurança e apoio para estas profissionais emergindo como apoio social de grande relevância. Para Eugênio Paes CAMPOS (2016), o suporte social é entendido como a fonte de relacionamento interpessoal que proporciona sentimentos de proteção e apoio gerando a sensação de ser reconhecido, cuidado e aceito, bem como de sustentáculo para enfrentamento do estresse cotidiano ao receptor. Além disso, conforme assinalado por Ginés e Barbosa (2010), a criação de redes sociais significativas constitui uma prática de autocuidado individual.

Por outro lado, é relevante pontuar que outras ações de autocuidado individual, tais como ter alimentação equilibrada, repouso, tempo livre e a prática de atividade física não são exercidas

plenamente em razão destas mulheres serem autoras de vários papéis dentro de seus ambientes familiares.

Esta constatação se torna mais manifesta para aquelas profissionais que exercem atividades de cuidado dos pais idosos ou de atenção aos filhos que dominam os tempos livres disponíveis, como são evidenciados pelas seguintes falas:

É dona de casa, estudante, cuido do meu pai e da mãe, do meu filho, aí só reclamam que eu não cuido de parar de ajeitar um cabelo, uma unha(...).

(Participante 3)

(...)não tenho tempo livre. Meu tempo livre, de lazer hoje é sair para passear com meu filho. Tenho um filho de 3 anos, meu esposo. (Participante 10)

Estas barreiras na prática de autocuidado para as profissionais de centros de atendimento de mulheres vítimas de violência são atestadas por pesquisa realizada por Alani e Stroink (2015) que identificou discursos sobre as dificuldades deste grupo em ter um tempo livre para o cuidado de si devido às tarefas assumidas no âmbito doméstico que consome uma dimensão temporal significativa na vida pessoal destas mulheres.

Diante destas considerações, o gênero figura como fator determinante que gradua as ações de autocuidado (Luiz ARENAS-MONREAL, Jazmín JASSO-ARENAS, & Roberto CAMPOS-NAVARRO, 2011). A assunção de papéis impostos as mulheres dentro de uma sociedade patriarcal que determina a inserção das mesmas em atividades e vínculos relacionadas ao ambiente familiar e ao cuidado com os entes deste grupo e atividades domésticas. Neste contexto, cabe destacar que tanto as usuárias como as profissionais alocadas nas instituições especializadas estão impregnadas por normas patriarcais que demarcam o papel da mulher (SAFFIOTI, 2011).

Com isso, estes resultados também nos direcionam para a falta de autonomia e propriedade sobre o tempo por parte destas profissionais, uma vez que esta dimensão é negada, privatizada e desapropriada das mesmas em função das obrigações impostas por uma cultura machista às mulheres, de uma maneira geral. Dentre as incumbências direcionadas a elas, estão o zelo e atenção com as atividades domésticas, o cuidado com os membros familiares e demais questões relacionadas ao âmbito privado (Marina CASTAÑEDA, 2006).

Assim, o tempo destas mulheres não é um aspecto de cunho pessoal e próprio, mas algo que deve estar disponível para o cuidado do outro, seja família ou usuárias atendidas. Em suma, trata-se de uma dimensão voltada especificamente para as atividades de cuidadora. E, justamente pela sua inserção temporal e espacial dentro dos ambientes domésticos, também é

possível compreender os motivos do grupo familiar ser o principal elemento de apoio, segurança e acolhimento para estas trabalhadoras.

Mediante as exposições traçadas aqui, entende-se que as ações de autocuidado estão vinculadas ao estilo de vida da pessoa que, por sua vez, está situado dentro de um contexto estrutural, social, econômico e cultural dos indivíduos e grupos sociais, de forma que os comportamentos de autocuidado dos mesmos devem ser compreendidos à luz das circunstâncias e condições que vivem (ARENAS-MONREAL, JASSO-ARENAS, & CAMPOS-NAVARRO, 2011).

Retomando o debate sobre as questões relacionadas ao trabalho, a Classe 1, construída com 22,62% dos segmentos de texto, recebeu a denominação de “Manejando os obstáculos no ambiente de trabalho” que engloba as formas empreendidas pelas profissionais para lidar com os conflitos, as dificuldades e outras questões vinculadas ao relacionamento entre os profissionais e ao atendimento das demandas recebidas no contexto laboral.

Conforme discutido em outras classes acima, a falta de atenção institucional à emergência de conflitos dentro destes ambientes de trabalho e as repercussões psicológicas ocasionadas com a aproximação com os casos de violência fazem com que este grupo profissional crie estratégias para esvaziamento e manejo destas questões, como pode ser visualizado pelos seguintes extratos:

(...) Hoje foi fogo. Vamos dar risada para ver se melhora, aí vem um, oh, vou contar uma piada agora, depois de um tumulto desses aqui na delegacia, vou contar isso (...). (Participante 5)

Por que a gente tentou resolver os conflitos aqui dentro. A gente não é muito de levar para a gestão, no caso os funcionários, quem leva geralmente é o coordenador. (Participante 8)

Pelo contexto desenhado acima, observa-se que estas profissionais estão incumbidas de construir, seja de forma individual ou coletiva, mecanismos para superar os conflitos e demandas emergentes das relações entre os profissionais e oriundos do atendimento dos usuários.

Este cenário aponta para a falta de autocuidado com estes profissionais em nível institucional, uma vez que a identificação, análise e abordagem dos conflitos constitui um dos desdobramentos do cuidar destes trabalhadores por parte dos órgãos gestores (Arellanos & Dupuis, 2016). Esta responsabilidade da instituição em implementar programas de autocuidado é reforçada por Sansbury, Graves e Scott, (2015) que indica para a necessidade de as organizações abordar e resolver rapidamente os conflitos, bem como atentar para as

consequências oriundas das demandas de violência atendidas nestes centros na saúde dos profissionais.

Estes dados elencados nesta classe e em outras descritas acima divergem das ações de autocuidado preconizado por Ginés e Barbosa (2010) no âmbito institucional tais como: facilitar e manter as condições seguras de trabalho tanto para os prestadores de serviços, como para os usuários, expressar e manter interesse pela qualidade das relações entre os profissionais, apoiar a construção de espaços de esvaziamento e decompressão e fomentar as decisões consensuais para os casos difíceis.

Além da construção de mecanismos para lidar com os conflitos, estas profissionais também se defrontam com obstáculos para o seguimento de suas atividades como: dificuldades na articulação da rede de atendimento, na tomada de decisões, na falta de capacitação profissional e no desfecho dos casos atendidos gerando, em algumas profissionais, sentimentos de frustração, impotência e angústia.

Os discursos seguintes desenham o cenário apresentado:

O maior problema que a gente tem aqui, no DAGV, chama-se recepção, porque sinceramente a gente está com umas pessoas. A gente está lidando com pessoas que parece que parou no tempo. (Participante 5)

A gente fica realmente de cabelo em pé. A gente fica torcendo para no dia que a gente trabalhar não chegue uma situação dessa. A rede é fragmentada. (Participante 8)

(...)talvez uma ansiedade, tentar resolver aquela situação, buscar mais de si para tentar resolver aquela situação, porque você sabe do perigo, das consequências. (Participante 11)

A fragmentação da rede de assistência às usuárias agredidas contrastam com um dos eixos do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011) que preconiza a ampliação e fortalecimento das redes de atenção a este público. Por outro lado, trata-se de um achado relatado em outras pesquisas (VIEIRA & HASSE, 2017; MENEZES *et al*, 2014; Cecília MacDowell SANTOS, 2015) e da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Congresso Nacional, ocorrida entre março de 2012 e julho de 2013, que, dentre outros apontamentos, diagnosticou não só uma diversificação da rede, como também uma malha de atendimento mais pessoalizada do que institucionalizada (Carmen Hein de CAMPOS, 2015).

Isto denota que a dinâmica personalista característica deste cenário investigado pode ser um dos obstáculos para a conexão entre os serviços de atendimento às vítimas de violência e assim, resulta na falta de implementação de outras ações necessárias para assistência das usuárias e

em um concomitante conjunto de sentimentos negativos de angústia, frustração e impotência para os profissionais que prestaram os serviços de acolhimento.

Estas vivências são similares as experimentadas durante o contato com a demanda atendida. Este fato acrescenta riscos de adoecimento para a população pesquisada, uma vez que, conforme já assinalado em diferentes momentos desta discussão, não há indícios de promoção de ações de autocuidado institucional, profissional, coletivo ou mesmo pessoal.

Sobre a falta de capacitação de profissionais citado por uma das entrevistadas, outras pesquisas (Maria José Duarte OSIS, Karla Simônia de PÁDUA &, Aníbal FAÚNDES, 2013; VIEIRA & HASSE, 2017) apontam para a mesma realidade, de maneira que isto pode gerar dificuldades para a identificação dos casos como para manejar as situações atendidas. Este é mais um indício da falta de autocuidado com estes profissionais uma vez que os espaços de supervisão, capacitação e compartilhamento de experiências compõem locais para reflexão sistemática das ações dos profissionais sem exercer funções de controle (CRUELLS, 2015).

Além disso, cabe reforçar os assinalamentos realizados por Alani e Stroink (2015) de que o cuidado de si é recurso de caráter preventivo e com isso, suas ações não são efetivas quando o adoecimento está instalado no indivíduo ou grupo profissional.

Por fim, diante de todo o apanhado realizado nesta seção, as classes demonstram como estas profissionais estão sujeitas a sérios riscos de adoecimento devido a atravessamentos culturais, representado pelo exercício do papel da mulher imposto pela sociedade machista, políticos e econômicos, caracterizados pelo personalismo na gestão das instituições e o avanço das prerrogativas neoliberais nas ações e recursos movidos pelo poder estatal.

Conclusão

Este estudo pretendeu descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Tal delineamento se apresentou através das evidências apontadas a respeito da exposição destes profissionais a condições laborais precárias, a conflitos e relações de trabalho violentas potencializados por um dinâmica institucional personalista e hierarquizada, a formas de mobilização emocional acionadas pela aproximação com a realidade atendida e pela fragmentação da rede que dificulta o seguimento e desfecho dos casos acolhidos e, por fim, pelo tempo insuficiente para o cuidado de si devido ao exercício de diferentes papéis impostos por uma sociedade machista e patriarcal.

Nesta pesquisa, as profissionais descreveram condições de trabalho caracterizadas pela fragilidade da estrutura física dos locais de trabalho e falta de recursos materiais e humanos

para a realização das atividades laborais. Estes componentes fazem parte de um quadro de enfraquecimento das políticas públicas e de afastamento do cuidado com as questões sociais por parte do Estado dentro de um contexto de avanços das prerrogativas neoliberais típicas do capitalismo contemporâneo (PEREIRA, FREITAS, & DIAS, 2016).

Além da imersão em condições de trabalho fragilizadas e relações laborais assediadoras e personalistas, estas trabalhadoras são atravessadas por sentimentos tais como: angústia, impotência e frustração, bem como pelas vivências de esforços para estabelecer distância do tipo de conteúdo atendido em suas experiências de escuta dos episódios violentos narradas pelas mulheres agredidas e no acionamento dos componentes da rede de assistência a estas usuárias. Neste contexto pesquisado, estas experiências são fundamentadas, por um lado, pelo contato com uma realidade social censurada e negada (GINÉS & BARBOSA, 2010) e, por outro, pelos obstáculos para acompanhamento e resolução dos casos atendidos decorrentes da fragmentação da rede, como pontuada em outras pesquisas (VIEIRA & HASSE, 2017; MENEZES *et al*, 2014; SANTOS, 2015) e da presença de atores sem qualificação profissional nesta de malha atendimento também em outros estudos (OSIS, PÁDUA, & FAÚNDES, 2013; VIEIRA & HASSE, 2017), gerando dificuldades no manejo das situações de violência atendida.

Assim, estas experiências emocionais acionadas pelo exercício desta atividade remetem aos riscos de adoecimento profissional em contextos de atendimento de casos de violência como indicado por diferentes investigações (Mark LUSK & Sam TERRAZAS, 2015; SANTANA & FARKAS, 2007) e reforça a importância da promoção do autocuidado por parte deste grupo profissional (ARÓN & LLANOS, 2004).

No entanto, o autocuidado institucional promovido pela manutenção das condições seguras de trabalho tanto para os usuários como para os prestadores de serviços, pelo interesse na qualidade das relações entre os profissionais, pelo fomento de uma liderança horizontal e vertical e pelo apoio à construção de espaços de esvaziamento e descompressão (GINÉS & BARBOSA, 2010) é um aspecto inexistente neste contexto pesquisado. Além disso, percebe-se que estas trabalhadoras também não têm disponibilidade de tempo para o cuidado de si em detrimento da desapropriação desta dimensão no zelo com as atividades domésticas e com os entes familiares, reforçando os assinalamentos de Castañeda (2006) a respeito dos desdobramentos de uma cultura machista.

Associado a ausência de autocuidado institucional e escassos recursos de autocuidado pessoal, este grupo laboral está encarregado de elaborar artifícios para lidar com os conflitos e outras demandas oriundas das relações profissionais e do acolhimento dos casos atendidos. Assim, mais uma vez é atestada a falta de autocuidado institucional pois, conforme apontado por

Sansbury, Graves e Scott, (2015), a abordagem e resolução dos conflitos por parte da organização é um dos desdobramentos do cuidar dos profissionais por parte das organizações. Desta forma, esta investigação evidenciou os efeitos da minimização da presença do Estado no âmbito da assistência a vítimas de violência contra a mulher traduzidos pelos dados de precarização das condições de trabalho experienciado pelas profissionais. Também demonstrou como estas profissionais estão expostas a relações violentas, a uma dinâmica institucional personalizada e a uma estrutura rígida e hierarquizada. Estes achados se somam aos resultados detectados por pesquisas em outros âmbitos das políticas públicas como saúde (PIONER, 2012) e assistência social (GROSSI, COUTINHO & BITENCOURT, 2015).

Também representa, dentro do contexto da ciência, o redirecionamento da atenção para a experiência de trabalho dos grupos profissionais de assistência a vítimas de violência, uma vez que configura uma atividade com alta exposição ao adoecimento individual e grupal (ARELLANOS & DUPUIS, 2014). Isto requer o fomento de ações preventivas representadas pelo autocuidado em diferentes níveis que, neste âmbito pesquisado, constitui uma realidade distante seja pela ausência de iniciativas deste tipo por parte da instituição, seja pela privatização do tempo destas trabalhadoras em atividades de zelo e cuidado em âmbito doméstico e privado.

Com isso, diante das condições de trabalho, da qualidade das relações profissionais e de outras dificuldades no cotidiano laboral enfrentadas pelos profissionais e apresentadas nesta pesquisa, salienta-se a importância de atendimento das pautas reivindicatórias de fortalecimento do sistema de políticas públicas apresentadas pelos movimentos sociais e outras organizações. Dentro desta mesma linha, tornam-se imprescindíveis a discussão da condição da mulher dentro do mercado de trabalho e a implantação de programas voltados para a saúde do trabalhador deste campo pesquisado, que incluam desde o estímulo a ações pessoais de autocuidado até o desenvolvimento de iniciativas desta natureza por parte das instituições. Como eixo norteador para as propostas elencadas, o autocuidado se mostra como um elemento promotor de melhorias das circunstâncias laborais, preventivo de ocorrência de assédio moral e de traumatização vicária ocasionada pelo conjunto de experiências subjetivas mobilizadas pelo contato com os casos de violência atendida (ARÓN & LLANOS, 2004).

Por fim, a presente pesquisa apresenta limitações que podem ser superadas por estudos futuros. A primeira delas está localizada na ausência de um instrumento que avalie a presença de sintomas relacionadas ao estresse traumático secundário nos participantes, de modo que os dados encontrados fossem confrontados com os dados coletados a entrevista. O segundo ponto está situado na falta de formulações no instrumento sobre como estas profissionais lidam com

os conflitos e relações violentas experimentadas em seu contexto profissional. A terceira limitação é caracterizada pela ausência de perguntas exploratórias a respeito de informações sobre aspectos relacionados a elementos que compõem dinâmica organizacional.

Referências Bibliográficas

- ALANI, Taslim & STROINK, Mirella. "Self-Care Strategies and Barriers Among Female Service Providers Working with Female Survivors of Intimate Partner Violence/Les stratégies et les barrières de soins auto-administrés parmi les femmes travaillant avec les femmes ayant survécu la violence domestique." *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy (Online)*, v.49, n.4, p.360-378, 2015. Disponível em <http://cjcp.journalhosting.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/2790>
- ARELLANOS, Vilma Duque & DUPUIS, Nieves Gómez. *Lineamientos para el cuidado de los equipos, promoción y autocuidado y atención en crisis*. Guatemala: IDEART, 2014.
- ARENAS-MONREAL; Luiz; JASSO-ARENAS, Jazmín & CAMPOS-NAVARRO, Roberto. "Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales." *Global health promotion*, v.18, n.4, p.42-48, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- ARÓN, Ana Maria & LLANOS, Maria Teresa. "Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia." *Sistemas Familiares*, v.20, n.2, p.5-15, 2004. Disponível em http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf.
- BARRETO, Margarida & HELOANI, Roberto. "Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais." *Serviço Social e Sociedade*, v.123, 544-561, jul/set.2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0101-6628.036>.
- BRASIL. *Lei n.11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal ... e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pactonacional>.
- CAMARGO, Brigido Vizeu & JUSTO, Ana Maria. "Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ." Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- CAMPOS, Carmen Hein de. "Desafios na implementação da lei Maria da Penha." *Revista Direito Gv*, v.11, n.2, p.391-406, 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1808-2432201517>
- CAMPOS, Eugênio Paes. *Quem cuida do cuidador? Uma proposta para profissionais de saúde*. 2a ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016.
- CAMPOS-SERNA, Javier, RONDA-PÉREZ, Elena; ARTAZCOZ, Lucía & BENAVIDES, Fernando G. "Desigualdades de género en salud laboral en España." *Gaceta Sanitaria*, v.26, n.4, p. 343-351, 2012. Disponível em [doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.025](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025)
- CASTAÑEDA, Marina. *O machismo invisível*. São Paulo: A Girafa Editora, 2006.
- CHOI, Ga-Young. "Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors." *Administration in Social Work*, v.35, n.3, p. 225-242, 2011. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03643107.2011.575333>
- CORREA, Ofelia Tobón. "El Autocuidado Una Habilidad para Vivir." *Hacia la promoción de la salud*, v.8, n.1, p.38-50, 2006. Disponível em https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33538149/EL_AUTOCUIDADO.pdf

- [f?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521498212&Signature=ybXYwAfQMCaDcaAa65LtG8vBmx0%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DEI_AUTOCUIDADO.pdf](https://www.siiis.net/documentos/ficha/509681.pdf)
- CRUELLES, Carmina Puig. “Diez propuestas para cuidarse y cuidar en las profesiones sociales. Hacia la construcción de una cultura del cuidado en los profesionales.” *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, n.22, p.171-183, 2015. Disponível em <https://www.siiis.net/documentos/ficha/509681.pdf>
- FREITAS, Maria Ester de; HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2008.
- GASPAROTTO, Geovana Prante. *Desigualdades e resistências: avanços, contradições e desafios para a garantia das seguranças do SUAS pela proteção social especial*. (Dissertação de Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em <http://meriva.pucrs.br/dspace/handle/10923/5079>.
- GINÉS, Óriol & BARBOSA, Eduardo Carvalho “Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento.” *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 12, n.2-3, p. 297-313, 2010. Disponível em http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf
- GROSSI, Patrícia Krieger; COUTINHO, Ana Rita Costa & BITENCOURT, João Vitor. Desafios do Atendimento à Mulher em Situação de Violência no âmbito dos CREAS. In Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Florianópolis: p 1-9, 2015. Disponível em http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/9461/2/Desafios_do_Atendimento_a_Mulher_em_Situacao_de_Violencia_no_ambito_dos_CREAS.pdf.
- HIRIGOYEN, Marie-France. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2011.
- KULKARNI, Shanti; BELL, Holly; HARTMAN, Jennifer L. & HERMAN-SMITH, Robert L. “Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers.” *Journal of the Society for Social Work and Research*, v.4, n.2, 114-130, 2013. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.5243/jsswr.2013.8>
- LÓPEZ, Alejandra Santana “¿Quién cuida a los que cuidan? El Autocuidado en equipos que intervienen en violencia intrafamiliar.” In *Abuso Sexual Infante Juvenil*. Chile: Colección Diálogos de Trabajo Social, p. 65-88, 2014.
- LUSK, Mark & TERRAZAS, Sam. “Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees.” *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, v.37, n.2, 257-273, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0739986315578842>
- MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo; LIMA, Igor de Souza; CORREIA, Cíntia Mesquita; SOUZA, Simone Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini & GOMES, Nadirleone Pereira. “Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral.” *Saúde e sociedade*, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>
- MORENO-JIMÉNEZ, Bernardo; MORANTE, Maria Eugénia; GARROSA, Eva Hernández & CARVAJAL, Raquel Rodríguez. “Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma.” *Psicología conductual*, v.12, n.2, p.215-231, 2004. Disponível em <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>
- MUÑOZ, María Tereza & LUCERO, Boris. “Estrategias de autocuidado en el personal de un centro de protección simple.” *Psicología y Salud*, v.18, n.1, p.123-127, 2013. Disponível em <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/683>

- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. *Condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal*. Salvador: 2010 Recuperado de: <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/leimaria-da-penha/20110107-relatorio-final-2010.pdf>.
- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. *Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais: Belém, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e o Distrito Federal*. Relatório de pesquisa. Salvador: 2011. Disponível em [http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes\[11%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes[11%20(1).pdf).
- OSIS, Maria José Duarte; PÁDUA, Karla Simônia de; FAÚNDES, Aníbal. “Limitações no atendimento, pelas Delegacias Especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual.” *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v.14, n.3, 320-328, 2013. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400010&lng=pt&nrm=iso
- PEREIRA, Vinicius Tonollier; FREITAS, Cristiane Redin; DIAS, Daniela Duarte. “Violação de direitos no SUAS: a precarização da vida.” *Revista Polis e Psique*, v. 6, n.2, 25-44, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238152X2016000200003.
- QUIÑONES, Paulina; CANTERA, Leonor María; & Ocampo, Carmen L.Ojeda. La violencia relacional em contextos laborales que trabajan contra la violencia. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (pp. 135-155). Barcelona: Amentia Editorial, 2013
- PIONER, Lucas Mello. “Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.” *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v.10, n.1, 113-120, 2012. Recuperado de <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/16>.
- SAFFIOTI, Heleith. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo, Coleção Brasil Urge, 2011.
- SANSBURY, Brittany S.; GRAVES, Kelly & SCOTT, Wendy. “Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care.” *Trauma*, v.17, n.2, 114-122, 2015. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1460408614551978>
- SANTANA, Alejandra Isabel; FARKAS, Chamarrita “Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil.” *Psyke (Santiago)*, v.16, n. 1, 77-89, 2007. Disponível em <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>.
- SANTOS, Cecília MacDowell. “Curto-circuito, Falta de Linha ou Na Linha? Redes de Enfrentamento à Violência contra as mulheres.” *Estudos Feministas*, v.23, n.2, p.577-600, 2015. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/estufemi.23.2.577>
- SLATTERY, Suzanne M. & GOODMAN, Lisa A. “Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors.” *Violence Against Women*, v.15, n.11, p.1358-1379, 2009. Disponível em <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-13/1358.full.pdf>
- VIEIRA, Elisabeth Meloni & HASSE, Mariana. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n.60, p. 52-62, 2017. Disponível em [DOI: 10.1590/1807-57622015.0357](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357)
- VILLELA, Wilza Vieira; VIANNA, Lucila A. Carneiro; LIMA, Lia Fernanda Pereira; SALA, Daniela C. Paquier; VIEIRA, Thais Fernanda; VIEIRA, Mariana Lima & de OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. “Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que

sofrem violência. ” *Saúde e Sociedade*, v.20, n.1, 113-123, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>

-CAPÍTULO 6-

ROTAS E COLISÕES NO TRABALHO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ESPANHA

Resumo

Este estudo teve por finalidade descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional em associações públicas e privadas na Espanha cuja efetivação foi promovida através da aplicação de um roteiro de entrevista com 10 profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher. A exposição a condições de trabalho precarizadas, os indícios de adoecimento pela aproximação com a realidade atendida, os esforços de autocuidado pessoal através da psicoterapia individual, a insuficiência e inexistência de autocuidado institucional e os sinais da presença de relações violentas no trabalho são resultados desta investigação. Diante dos achados encontrados, salienta-se a importância da efetivação dos programas de autocuidado vigentes e de elaboração de propostas de cuidar da equipe profissional que levem em consideração as particularidades sociais, econômicas e culturais dos locais de intervenção.

Palavras-Chaves: profissionais da assistência a mulheres vítimas de violência; condições de trabalho; autocuidado.

Routes and collisions at work care for women victims of violence in Spain

Abstract

The aim of this study was to describe the working conditions, to investigate the experience of attending to women victims of violence and to observe the self-care practices practiced by the professional group at personal, professional, collective and institutional levels in care centers in Spain whose effectiveness was promoted through the application of an interview script with 10 professionals of assistance to victims of violence against women of public and private associations. Exposure to precarious working conditions, signs of illness by approaching reality, personal self-care efforts through individual psychotherapy, insufficiency and lack of institutional self-care, and signs of violent relationships at work are the results of this research. In view of the findings, it is important to emphasize the effectiveness of current self-care programs and the preparation of proposals to care for the professional team that takes into account the social, economic and cultural characteristics of the intervention sites.

Keywords: care professional for victims' violence; work conditions; self-care.

A organização de leis de enfrentamento da violência contra a mulher na Espanha é um fato estabelecido em atendimento a recomendações de combate a esta realidade por parte de organismos internacionais, como a ONU (Organizações das Nações Unidas). Desta forma, este esforço foi promovido no contexto espanhol pela aprovação da Lei Orgânica de Medidas Protetivas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero em 2004 (Jefatura de Estado, 2004). Este aparato legal estabelece medidas de sensibilização, prevenção, detecção e assistência a violência contra a mulher. Em relação a este último ponto, este atendimento é materializado pela garantia de acesso à informação e a assistência social integrada por meio de serviços de atenção permanente e urgente, através da prestação de atendimentos por uma equipe multiprofissional.

Há uma diversidade nas características do grupo profissional alocado neste tipo de atendimento e seus serviços são oferecidos em diferentes contextos: linhas telefônicas, centros de urgência, casas de acolhimento, associações, nos âmbitos administrativos, judiciais, policiais, dentre outros (Gomà-Rodríguez, Cantera, & Silva, 2018). Durante o contato com esta demanda, a oferta da escuta dos casos de violência contra mulher pelos profissionais remete à construção de um espaço tanto de coleta de informações e mensuração dos riscos envolvidos na situação, como de reflexão das emoções e sentimentos de confusão existente em relacionamentos violentos e de compreensão e aceitação da realidade narrada pela mulher agredida (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012).

No entanto, esta experiência profissional de acolhimento dos casos de violência pode causar sentimento de impotência, raiva, frustração e confusão nos prestadores deste tipo de serviço (Penso et al, 2010; Howlett & Collins, 2014; Vieira & Hasse, 2017).

Associado a este leque de mobilização emocional na realização de suas atividades, estes profissionais também estão inseridos em um mercado laboral em que as instituições governamentais e instituições de sociedade civil primam pela produtividade e assim, são

submetidos a extensas jornadas de trabalho e/ou uma carga excessiva de atividades (Medrano, 2014). Além destes elementos, o exercício do papel profissional pode apresentar outros componentes para o adoecimento tais como: baixa remuneração, dupla jornada de trabalho, falta de reconhecimento e ausência de políticas públicas que, por sua vez, trazem mais obstáculos para resolução ou minimização dos casos atendidos (Oliveira, 2015).

Como custo para a saúde destes profissionais, a atividade de cuidar dos casos atendidos pode levar ao *burnout*, a fadiga por empatia ou traumatização vicária e o transtorno de estresse secundário. O *burnout* é uma síndrome estudada por Freudenberger nos anos 1970 e desenvolvida pelas pesquisadoras Malasch e Jackson que é caracterizada pela presença dos seguintes componentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Oliveira, 2015).

Por sua vez, a fadiga por empatia ou traumatização vicária se caracteriza pelo contágio das experiências emocionais decorrentes do atendimento a pessoas em sofrimento nos profissionais que testemunham as situações de risco ou de vulnerabilidade. Esta experiência de escuta é contagiante pois, a proximidade com estes casos nos remetem a ter consciência da própria vulnerabilidade (Medrano, 2014). Além destes riscos psicossociais, outra forma de adoecimento é o estresse traumático secundário que é um transtorno elencado pela APA em 1980 cuja sintomatologia se estende por alguns sintomas tais como: hiperativação fisiológica, evitação das situações similares as atendidas no ambiente de trabalho e recordação dos casos atendidos (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004).

Conforme exposto, o contato com esta realidade é fonte de perigo para a saúde dos profissionais alocados nestes centros de atendimento. Para lidar com estes riscos, estes trabalhadores transitam dentro de um espectro de atitudes que vão desde das atitudes de total envolvimento até o completo distanciamento dos casos atendidos. Diante deste tipo de conduta, percebe-se que é necessário encontrar um ponto de equilíbrio em que não sejam criadas

atuações superdimensionadas (improvisações, condutas impulsivas ou levar problemas profissionais para o âmbito privado), nem a retenção das atividades em decorrência da impotência ou distanciamento (Veslázquez, Rivera, & Custodio, 2015).

Além da necessidade de atenção a estes riscos psicossociais em nível individual, a equipe também é um componente que reflete o nível de adoecimento ou desgaste presente naquele contexto laboral. Isto se evidencia pela traumatização das equipes que estará presente, de alguma forma, nos seguintes aspectos: falta de confiança entre os membros da equipe, temor em abordar os conflitos, falta de compromisso do corpo profissional, evitação de responsabilidades, ruídos e distorções na comunicação, tendência à desintegração grupal e desarticulação do trabalho em conjunto (Mideplan, 2009).

Estas constatações são reforçadas pelas práticas de assédio encontrada nas equipes de atendimento a mulheres vítimas de violência, conforme atestado por estudo realizado por Quiñones, Cantera e Ocampo (2013). Com isso, para um andamento e desenvolvimento saudável das atividades por parte das equipes e seus membros, é imprescindível que estes alterem a maneira como percebem o trabalho e a vida e direcionem sua atenção para a saúde mental, emocional, social e espiritual. O eixo norteador para esta mudança é o autocuidado (Medrano, 2014).

Este é um elemento caracterizado pelo conjunto de cuidados que a pessoa pode proporcionar a si para alcançar uma melhor qualidade de vida e ele pode ser exercido de forma individual ou coletiva, através de grupos, família ou comunidade. É uma via de desenvolvimento de habilidades pessoais para escolha por decisões pois, conforme pontuada pela Carta de Ottawa de 1986, a promoção da saúde é feita através do crescimento de aptidões sociais e pessoais para tomada de decisões e implementação de atitudes indispensáveis à vida (Correa, 2015).

O exercício do cuidado de si, no âmbito individual, é implementado por ações tais como: ter espaço para distração, saber pedir ajuda, aprender a delegar responsabilidades, desenvolver rituais de esvaziamento e desconpressão, ter cuidados com a alimentação e o sono, incorporar atividades físicas e de cuidado com o equilíbrio corpo-mente, ter responsabilidade pela própria saúde e bem-estar, desenvolver e manter limites claros entre trabalho e a vida privada e criar oportunidades para manutenção das redes apoio como amigos e família evitando o isolamento (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013).

Ainda como componente de autocuidado neste nível, a identificação e reconhecimento das próprias experiências e vulnerabilidades é um aspecto necessário para esta atenção consigo cujo exercício encontra barreiras por parte dos próprios profissionais. Conforme apontado por Howlett e Collins (2014), os prestadores deste tipo de serviço apresentam dificuldades em admitir sua própria inadequação e vulnerabilidade. Outro achado similar é encontrado no estudo de Gomà-Rodríguez, Cantera e Silva (2018) em que o bloqueio em perceber e acolher o próprio mal-estar configura como impedimento para a prática adequada do autocuidado.

Este cuidar do profissional também se revela como uma responsabilidade em nível institucional, uma vez que o adoecimento individual ou do grupo resulta em prejuízos para a qualidade dos serviços ofertados aos usuários seja por estes conflitos internos, ou pelos resultados ocasionados pelos mesmos (Ginés & Barbosa, 2010). Assim, a maximização do bem-estar das equipes e de seus membros se desenvolve através da implementação de estratégias tais como: proporcionar um equilíbrio entre trabalho e vida privada, organizar espaços de supervisão, desenvolver uma cultura de aprendizado, compartilhamento e suporte dentro do trabalho, apoiar na identificação de sintomas de estresse traumático secundário e prever capacitação e desenvolvimento profissional (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013).

Além destas questões, o resguardo e a atenção para condições básicas de infraestrutura pelas instituições também se desenham como uma forma de autocuidado. Dentre elas, os seguintes aspectos compõem o atendimento a exigências infra estruturais tais como: espaços disponíveis e adequados para o desempenho das atividades individuais e em grupo, oferta suficiente de recursos materiais para registro, documentação e uso profissional junto aos casos atendidos, boas condições de comodidade, privacidade, regulação acústica e restrição da livre circulação de pessoas dentro dos espaços de trabalho e disponibilidade adequada de transporte (Mideplan, 2009).

A criação de espaços de autocuidado das equipes também emerge como uma ação empreendida em nível institucional. Dentro destes ambientes, os seguintes aspectos são passíveis de discussão e abordagem: a influência da carga de trabalho no desenvolvimento das atividades de atendimento, a identificação com as demandas atendidas, os sentimentos contraditórios de onipotência e impotência na aproximação com as usuárias agredidas e as formas de coordenação, organização e delegação de tarefas dentro das equipes. Tais aspectos trazem impactos positivos para as equipes como: o estabelecimento de relações mais saudáveis dentro do grupo e um fortalecimento da aliança grupal através da resolução de conflitos e expressão de mal-estar (Holguín & Velázquez, 2015).

O impacto positivo destas práticas de autocuidado é demonstrado por estudos como o realizado por Choi (2011) com trabalhadores sociais nos Estados Unidos. Este estudo indicou que os trabalhadores com maior suporte por parte dos seus superiores, colegas e equipe de trabalho, bem como com acesso a informações estratégicas organizacionais apresentavam menores níveis de estresse traumático secundário.

Estas constatações também ganham reforço de Cantera e Cantera (2014) que apontam para o autocuidado como uma ferramenta de prevenção do assédio nas relações laborais e uma estratégia de promoção e atenção à saúde. Além deste impacto positivo em nível grupal, este

recurso incide na saúde de seus componentes. Isto é atestado por pesquisa promovida entre psicólogos cujos resultados identificaram que os profissionais com maior frequência de condutas de autocuidado apresentam maiores níveis de qualidade de vida e realização pessoal, bem como apresentam menores níveis de esgotamento emocional, despersonalização, sintomas ansiosos e de estresse traumático secundário (Vio, Platz, Bermúdez, & Vidal, 2011).

Por fim, diante das considerações e apontamentos sobre os riscos para saúde dos profissionais que lidam com o sofrimento humano, esta pesquisa transcultural realizada em parceria com o grupo de investigação VIPAT (Violencia en la Pareja y en el Trabajo) da UAB (Universitat Autònoma de Barcelona) se apresenta com os seguintes objetivos: descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional em centros de atendimento da Espanha.

Método

Amostra

A amostra no contexto espanhol foi constituída por 10 profissionais da assistência direta a vítimas de violência contra a mulher. Estas participantes apresentam uma faixa etária média de 47 anos e prestam serviços desta natureza em diferentes centros de atendimento de associações públicas e privadas na Espanha.

Trata-se de uma amostragem por conveniência cujo critério de seleção obedeceu a parâmetros de disponibilidade pessoal para a participação na pesquisa.

Instrumento e Procedimentos

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista e a aproximação com as participantes deste projeto em ambos os países foi intercedido por representantes dos centros de atendimento às demandas de violência contra mulher com o intuito de mapear a quantidade de profissionais especializados na prestação de serviços desta natureza e disponíveis para participar deste

estudo. Após esta etapa, foram agendados data e local com as profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher para realização das entrevistas. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, conforme parecer nº 2.559.557.

Análise de Dados

A obtenção dos resultados foi realizada através do uso do programa informatizado *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Trata-se de um método informático que proporciona diferentes formas de análises textuais resultando em uma organização compreensível e clara do material escrito coletado. Para esta pesquisa, foi eleita a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que dispõe o vocabulário em classes em um dendograma que esclarece as relações entre elas (Camargo & Justo, 2013).

Resultados e Discussão

O corpus investigado foi composto por 10 UCI (Unidades de Contexto Iniciais) e foi organizado em 1.304 segmentos de texto e 5.188 palavras com uma frequência de 15,29 palavras por resposta. O dendograma elaborado, tendo como base a homogeneidade dos segmentos de texto (Figura 1), reconheceu cinco classes de segmentos de texto. Através da análise da aba perfis gerados pela classificação hierárquica descendente, são apontados os conteúdos lexicais de cada uma destas classes (Camargo & Justo, 2013).

As palavras mais recorrentes em cada classe estão descritas no dendograma apresentado na Figura 1. Foram escolhidas as 10 primeiras palavras exibidas em cada classe. Os discursos dos participantes ou segmentos de texto explicitados nesta análise foram extraídos da aba Perfis, de maneira que o contexto de cada classe fosse explicitado por segmentos textuais característicos da realidade pesquisada.

Em um primeiro momento, o corpus foi dividido (1ª partição) em dois subcorpora. De um lado, a classe 5, e do outro, as classes 4,3,2 e 1. Na etapa seguinte, o segundo subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), trazendo a classe 4 e 3 de um lado e, de outro, as classes 2 e 1.

Os resultados e discussão deste estudo serão estreados pela Classe 5 intitulada “Trajetória, atuação profissional e condições de trabalho” que direciona a discussão para a prática, o caminho profissional traçado por estas trabalhadoras e as circunstâncias laborais em que estão inseridas. Em uma segunda fase, será debatida a Classe 4 denominada “Atendimento a mulheres vítimas de violência e formas de autocuidado” e depois, a Classe 3 designada como “Afirmções sobre Conflito e Violência”. No desenvolvimento desta construção, a atenção deste tópico estará direcionada para a Classe 2 que recebeu a denominação de “Autocuidado Pessoal”, por fim, a Classe 1 designada “Formas de Assédio e Conflitos” que finalizará a discussão sobre a realidade destes profissionais no contexto espanhol.

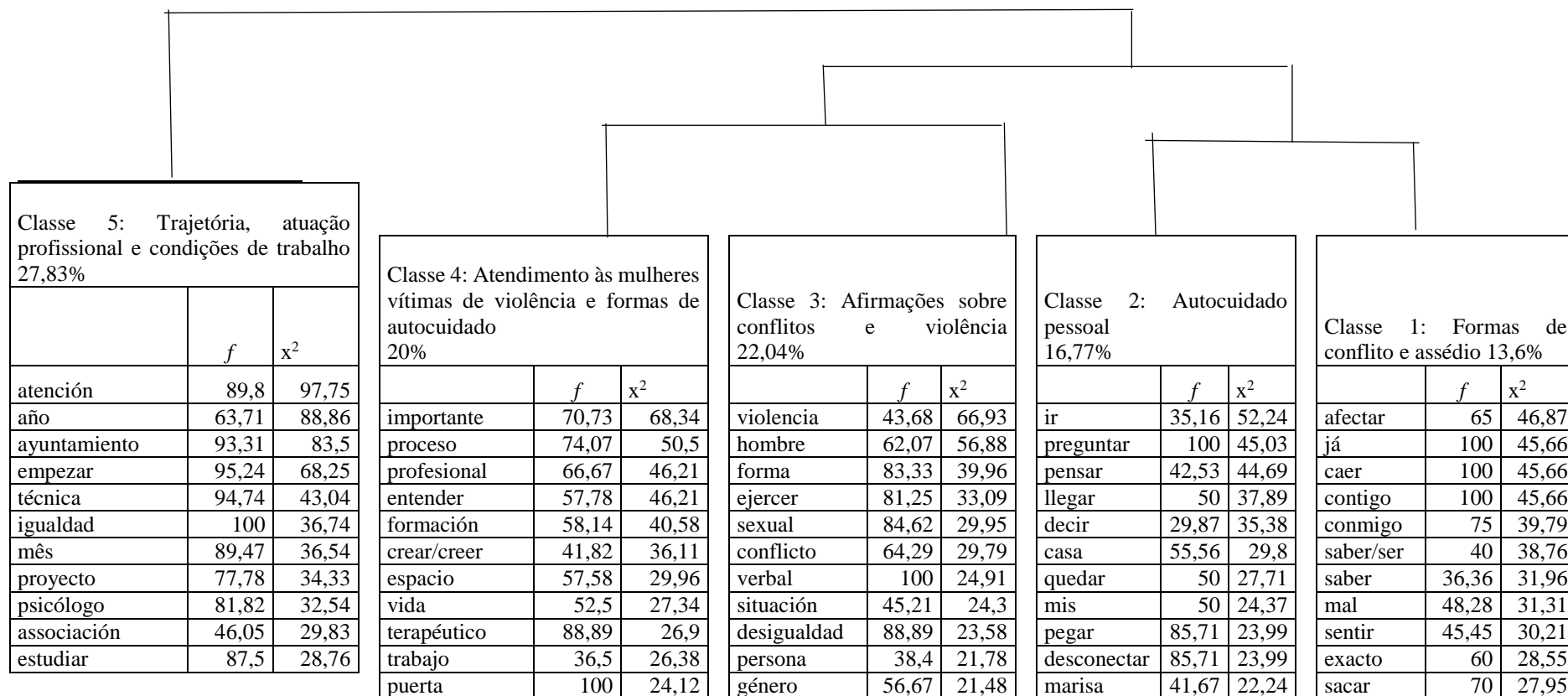


Figura 1-Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher

A classe 5 denominada “Trajetória, atuação profissional e condições de trabalho” compõe 27,8% dos segmentos de textos trabalhados pelo corpus. Esta categoria se ocupa em apresentar características do percurso laboral desenhado por estas trabalhadoras, as modalidades de atuação destas profissionais junto aos alvos desta violência e a conjuntura laboral em que estão alocadas.

O percurso profissional destas entrevistadas é caracterizado por mudanças no papel profissional, de maneira que, em um dado momento, estas adentram nos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência. Esta afirmação pode ser elucidada pelos seguintes recortes abaixo:

“Antes de terminar mi graduación, trabajé en la ayuntamiento como animadora sociocultural, pero mi trabajo como profesional, además de ser voluntario en todo el asunto de la terapia, fue como educador a prisiones, yo era joven y luego en la prisión femenina en Barcelona. donde yo tenía diez años. Entonces vine aquí (...)” (Participante 9).

“Entonces, he combinado porque, por ejemplo, en todos estos años hasta ahora que he trabajado en la lavandería, hubo un tiempo en que yo era profesora asociada a la UAB haciendo un tema, así que fui conectado a la escuela de psicología como presidente de la sección femenina” (Participante 6).

Dentro deste trajeto profissional percorrido por estas profissionais, identifica-se que a porta de entrada destas trabalhadoras no contexto de atendimento às mulheres alvos de violência é empreendida pela construção e/ou implementação de projetos em instituições de acolhimento deste público. Além de constituir uma via de acesso para este campo laboral, os projetos compõem o principal eixo de atuação destas profissionais no combate à violência contra a

mulher. Nos discursos das entrevistadas, são encontradas referências a esta modalidade de intervenção que se desdobra de diferentes maneiras, denominações e objetivos:

“Trabajamos en red con las entidades y el circuito públicos a nivel de seguimiento de casos. Tenemos un proyecto de atención integral, que es de abordaje práctico, que intenta suplir las áreas más afectadas en las mujeres que han sufrido violencia machista.” (Participante 10).

“(...)porque vendíamos este proyecto, o sea no estábamos dentro de un equipo interdisciplinar. (Participante 4).

“Tenemos un área de atención psicológica especializada individual, asesoramiento jurídico especializado a nivel penal, civil y de familia, tenemos un grupo de voluntarias formadas en un proyecto pionero llamado “Veines per veines” (vecinas por vecinas)” (Participante 9).

Conforme descrito até aqui, percebe-se que a entrada destas mulheres nesta área de atuação e a concomitante mudança na trajetória de trabalho são realizadas pela implementação de projetos de atenção às mulheres agredidas. No entanto, cabe assinalar que a diversidade de espaços profissionais ocupados por estas profissionais, ao longo das suas trajetórias profissionais, apontam para a flexibilização funcional destas profissionais.

Esta versatilidade de ocupações é equiparada a idéia de flexibilidade qualitativa, conforme pontuado por Hirata (2007), que se caracteriza pela polivalência e sua capacidade de inserção em uma organização produtiva calcada em uma variedade. Esta constatação se inscreve em uma realidade de uma sociedade capitalista que necessita, em seu processo de acumulação, de uma disponibilidade flexível e barata da mão-de-obra de trabalho feminina (Nascimento, 2014).

Além de estarem expostas a este delineamento no mercado de trabalho, as falas das entrevistadas remetem a condições de trabalho nos centros de atendimento a mulheres vítimas

de violência caracterizadas pela fragilização dos vínculos contratuais, sobrecarga de trabalho, baixas remunerações, ausência de estrutura e longas jornadas laborais. Estes apontamentos são revelados pelos discursos a seguir:

“Bien a pesar de que todo el mundo piensa que todos somos funcionarios, aquí en este ayuntamiento los educadores estamos con contrato laboral indefinido” (Participante 9).

“Bueno, yo creo que he sufrido más como la institución o el lugar o el trabajo o la estructura... no te reconocen, no te pagan lo suficiente, o no te dan el soporte emocional que igual necesitaríamos, he sufrido más eso” (Participante 10).

“(...)llegó un momento que aquí la atención directa se me comía toda la jornada, todo esto habiendo puesto una demanda al ayuntamiento por fraude en la contratación, a mí me hacían contratos (...)yo llegaba el mes de noviembre cada año y no sabía si me iban a renovar, me quedé embarazada y me fui dos semanas antes de dar a luz y yo no sabía si iba a volver (Participante 4)”

Conforme apontado pela participante 9, a carga excessiva de trabalho traz impactos na qualidade da atenção dispensada aos casos de violência atendidos:

“Yo estoy trabajando allí y a lo mejor veo una mujer que esta ambivalente, o que está en una situación de más riesgo (...) pero por la disponibilidad de la agenda, no le puedo dar visita hasta de aquí un mes y medio. ”

Esta debilidade apresentada pelo esfacelamento dos vínculos trabalhistas, sobrecarga de trabalho e longas jornadas por parte das pesquisadas demonstram como estas trabalhadoras deste campo estudado estão expostas a lógica de precarização do trabalho na atualidade. Ainda como ponto convergente para maior sujeição a vínculos trabalhistas sem garantias e

desregulamentado, está a feminização deste tipo de atividade. Tal elemento característico deste grupo laboral pesquisado remete a realidade da força de trabalho feminina que está mais presente em funções caracterizadas pela informalidade, em regimes de trabalhos temporários, sem garantias sociais e sob intensas cargas de trabalho (Nascimento, 2014).

Este recurso à flexibilidade funcional e a sujeição a formas de trabalho com garantias trabalhistas precarizadas encontradas na realidade profissional feminina também são apoiadas por uma legitimação sócio-cultural. Isto se traduz pela subalternidade a atividades laborais em circunstâncias mais precárias, espelhando a divisão sexual do trabalho que atribui o espaço público aos homens e as mulheres, os ambientes privados domésticos. Com isso, elas estão mais expostas à desigualdade de oportunidades e a mecanismos que criam obstáculos para realização e emancipação destas no mundo do trabalho (Nascimento, 2014).

Para encerrar esta categoria, umas das participantes traz um quadro elucidativo das condições de trabalho destas profissionais discutidas nesta categoria.

“(...) o sea, en otros países como Noruega te van a poner la guardería al lado, te van a reducir la jornada a 6h cobrando lo mismo . Te van a dar una baja de maternidad de 2 o 3 años porque es lo que un bebe necesita tener a su mamá cerca . Aquí estamos puteadas como cojas la baja y te lo sumes a la lactancia llegas a la empresa y encima te putean.”(Participante 8).

Além de serem sujeitos de uma lógica de precarização do trabalho, estas profissionais estão em contato com uma realidade caracterizada pela negação ou ocultamento social da violência cuja revelação causa impactos na saúde física e mental das testemunhas das histórias de agressão. Este quadro será retratado pela classe 4 intitulada “Atendimento às mulheres vítimas de violência e formas de autocuidado. ” Dentro desta categoria de discussão, também

serão reportadas as formas de autocuidado promovidas pelos profissionais em nível pessoal e as características deste cuidar por parte das instituições.

O serviço de escuta e acolhimento dos casos de violência é uma atividade que suscita impotência, insegurança, desânimo e desgaste nos profissionais envolvidos na aproximação com esta realidade. Esta vivência é corroborada por diferentes estudos (Penso et al, 2010; Howlett & Collins, 2014; Vieira & Hasse, 2017) que indicam para os riscos psicossociais inerentes a este tipo de experiência.

As falas abaixo expõem o retrato da situação dos profissionais frente aos casos de violência atendidos:

“También provoca desgaste cuando la mujer vuelve con el agresor porque el/la profesional puede no entender como después de todo el espacio de escucha, de ofrecerle servicios, recursos... que cuando cierro la puerta no llevarme los casos más allá, sí que es muy importante tener esta distancia empática, sí que tiene que haber una empatía con la mujer y con su proceso y tiene que haber una distancia para poder ayudarla” (Participante 10).

“Pero aparte de esto estamos muy dejados de la mano de diez, a nivel social ha habido un cambio importantísimo, la gente que trabajamos con violencia estamos muy expuestos continuamente, cada vez más familias, cada vez más situaciones” (Participante 5).

Além do desgaste suscitado por ser testemunha do aprisionamento do alvo no ciclo da violência, estas profissionais necessitam enfrentar o risco de ser alvo de algum tipo de agressão. Conforme apontado por Ojeda (2006), estes dois aspectos compõem fontes de adoecimento de origem externa. Dentro da atividade de acolhimento dos alvos de violência, para manejar a carga emocional inerentes a este serviço, de acordo com a fala da participante 10, estas

pesquisadas criam ações para minimizar os impactos de ser testemunha de casos de violência. Este tipo de atitude se localiza dentro de um espectro de condutas acionadas por estes trabalhadores, que contemplam desde o total envolvimento até o completo distanciamento dos casos atendidos (Veslázquez; Rivera, & Custodio, 2015).

Apesar destas maneiras de lidar com os casos escutados, foram encontrados relatos de adoecimento físico e emocional que, mais uma vez, sinalizam para a mobilização emocional envolvida nesta atividade:

“Son muchas emociones y yo empecé a ir a un quiropráctico que trabaja todo de manera holística no sólo físico . Entendiendo que lo físico son emociones que están bloqueadas, después he hecho terapia, gimnasio o lo que sea” (Participante 8).

“ Lo que comentábamos antes de profesionales quemados o quemadas también, de bajas no cubiertas también . Todo esto por procesos de privatización de servicios o de servicios municipalizados. Todo esto también influye” (Participante 10).

“Bueno, cambio de trabajo porque estaba prácticamente en síndrome de burnout, no? de decir . ya no podía más, por eso cambié por eso, eran muchos años trabajando con violencia de niños y con una institución que se la dirección general” (Participante 5).

Como consequência do desgaste emocional provocado pelas recorrentes aproximações com estas histórias, algumas pesquisadas relatam o aparecimento da síndrome de *burnout* dentro deste contexto profissional. Tal constatação nos remete aos custos vinculados a atividade de cuidar dos casos atendidos que pode levar ao *burnout*, a fadiga por empatia ou traumatização vicária e o transtorno de estresse secundário. O *burnout* é uma síndrome investigada por Freudenbergger nos anos 1970 e ampliada pelas pesquisadoras Malasch e Jackson que apresenta

os seguintes componentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Oliveira, 2015).

Também cabe assinalar como o cenário das condições de trabalho pode potencializar a emergência desta síndrome, como destacado pela participante 10. E isto nos leva a discussão tecida pela classe 5 sobre a precarização das circunstâncias laborais destas trabalhadoras que não só se endereça para as características envolvidas na feminização do trabalho, como também se apresenta como um componente que incrementa os riscos psicossociais envolvidos no atendimento às vítimas de violência contra a mulher.

Assim, para preservar a saúde e evitar os riscos de adoecimento frente a esta realidade, o autocuidado se apresenta como elemento de promoção de saúde e qualidade de vida para os trabalhadores e ele pode ser exercido de forma individual ou coletiva, através de grupos, família ou comunidade (Correa, 2015). Os discursos abaixo mencionam as formas de autocuidado mobilizadas pelas profissionais pesquisadas:

“(...)estimar cuando estás trabajando con violencia es una parte muy importante de la autocura y hacer el que buenamente puedes”
(Participante 1).

“(...)que hay esta parte de intentar cuidarse, de intentar hacerlo tanto bien como puedas y por lo tanto establecer algunos espacios . Más o menos básicos, para mí lo de terapia es sagrado” (Participante 6).

“(...)a entonces supongo que todo mi proceso a nivel personal y psicológico también tenía una fortaleza para ir aguantando esta, o encarando este trabajo, tenía muchos dolor de cabeza, problemas lumbares . Y la bajada de defensas” (Participante 5).

De acordo com os assinalamentos acima, as entrevistadas conhecem os riscos envolvidos nesta prestação de serviço e com isso, buscam ações individuais de preservação da

saúde e distanciamento das doenças. Uma das ações sinalizadas é a participação em processo psicoterapêutico individual que, como descrito pela participante 5, se tornou um recurso de enfrentamento desta realidade e de diminuição de sintomas físicos.

Assim, a psicoterapia se configura como uma ação de autocuidado individual e remota ao prévio reconhecimento e a identificação das próprias experiências e vulnerabilidades, constituindo um aspecto necessário para esta atenção consigo. Este dado não se coaduna com outros estudos (Howlett & Collins, 2014; Gomà-Rodríguez, Cantera, & Silva, 2018) que aponta para as dificuldades e bloqueios deste grupo profissional cujo exercício encontra barreiras por parte dos próprios profissionais em perceber e acolher o próprio mal-estar.

Por outro lado, apesar dos intentos de cuidado de si no âmbito individual, estas pesquisadas estão expostas a poucas ações desta natureza em nível institucional, ou mesmo sua ausência. Além disso, conforme descrito em uma das falas a seguir, não há uma homogeneidade nas atividades de autocuidado promovidas pelas instituições nos diferentes locais:

“(...)a nivel institucional creo que es por carencia de motivación e interés porque si no tendríamos medios para cuidar al personal. Mira, nosotros, en nuestro caso, lo bueno que tienen es que nos permiten hacer bastante formación” (Participante 5).

“Bueno, por ejemplo en mi caso las sesiones de supervisión, no, que tengo porque es un espacio de salud y descarga, esto a nivel de institución. A parte de la supervisión, que está muy bien porque hay en sitios en los que no se valoran estos espacios y se crean estos . espacios . no porque ya nos sería la institución” (Participante 1).

“Yo no tengo porqué estar bien porque me gasto mi sueldo en terapias. Aquí la institución tendría que hacer cosas de prevención de riesgos psicosociales” (Participante 8).

O papel da instituição na promoção do autocuidado dos seus trabalhadores é um ponto de significativo impacto na saúde das equipes (Kulkarni, Bell, Hartman, & Herman-Smith, 2013). No entanto, o que se observa pelos relatos transcritos é que a instituição não adota este tipo papel ou o realiza de forma insuficiente. Algumas entidades oferecem formação profissional ou supervisão dos casos atendidos e outras não atentam para estas ações, o que mobiliza o recurso financeiro de trabalhadores na busca pela prevenção dos riscos psicossociais.

Este cuidar da equipe e de seus membros poderia ser desenvolvida através de estratégias tais como: proporcionar um equilíbrio entre trabalho e vida privada, organizar espaços de supervisão, desenvolver uma cultura de aprendizado e compartilhamento e suporte dentro do trabalho (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013). No entanto, as condições de trabalho precarizadas, elencadas na classe 5, em conjunto com a ausência ou escassas formas de cuidado da equipe e seus componentes concorrem para conduzir estas profissionais pelos caminhos do adoecimento.

Ainda dentro deste contexto, os efeitos das ações de autocuidado em nível individual são enfraquecidos, como destacado por Sansburry, Graves e Scott (2015), que sinalizam para a necessidade de reforço das ações de autocuidado individual pela cultura organizacional dos locais de trabalho.

Além das consequências sofridas em detrimento da aproximação com a história de violência dos casos atendidos, estas profissionais também estão situadas em um cenário social e institucional permeado pelos conflitos e interações violentas. A compreensão desta conjuntura será explicitada pela classe 3 denominada “ Afirmações sobre Conflitos e Violência”.

Esta classe, composta por 22,04% dos segmentos dos textos, revela as afirmações construídas pelas participantes a respeito de conflitos e violência. Dentro desta construção, estas pesquisadas apontam para questões de ordem sócio-cultural que catalisam a violência de gênero atendida, narram as formas de emergência dos atos violentos e suas circunstâncias, e, por fim,

traçam indícios dos conflitos dentro do ambiente de trabalho e a figura da instituição como elemento ausente na resolução de conflitos.

Em relação a violência de gênero, as pesquisadas indicam como a educação efetua marcações estereotipadas de gênero que deflagram o confinamento de homens e mulheres em papéis fixos e definidos cujos desdobramentos estão presentes na naturalização da agressividade masculina e concomitante violência machista, bem como na vulnerabilidade da mulher diante dos apelos econômicos e socioculturais:

“(...) el mercado intenta que seamos todos y todas inadecuados así compramos, gastamos, buscamos anhelos imposibles pero dijéramos en el caso de las mujeres es todavía más flagrante así que efectivamente tienes toda la base para poder ejercer toda esta violencia de una forma legitimada”(Participante 6).

“(...) yo diría es la violencia social que está en todas partes, creo que tanto hombres como mujeres somos víctimas de una educación social recibida y asumida . Porqué tanto los hombres como las mujeres sufrimos las consecuencias de haber asumido un rol o un estereotipo muy marcado” (Participante 8).

“La violencia machista que ejercen los hombres es contra las mujeres por el hecho de serlos, pero vemos que esta educación ha provocado que los hombres ejerzan la violencia contra las mujeres, pero también contra otros hombres”(Participante 10).

Estas considerações encontram ressonância nos escritos de Bourdieu (2016) que aponta para as divisões constitutivas da ordem social, promovidas pelos ambientes familiares, sociais, institucionais e culturais, como a base para classificar e distinguir as coisas do mundo e todas práticas em espaços separados, redutíveis e opostos entre masculino e feminino. Nesta ordem,

as mulheres estão relegadas à resignação e submissão através deste trabalho de socialização em um contexto androcêntrico.

Dentro destas afirmações, questiona-se como profissionais do sexo feminino imersas em um cenário agressivo e machista visualizam os atos de violência testemunhados nos atendimentos de mulheres agredidas. Para problematizar este ponto, são discorridas abaixo falas extraídas desta pesquisa que apontam para a descrição do fenômeno da violência como algo caracterizado pela invisibilidade, sutileza, variedade de formas e inconsciência dos atos:

“La violencia sexual, económica. Bueno, quiero decir, no sé. Yo creo que en todas partes . En todos los ámbitos, también que han violencias que no vemos porque hemos normalizado y por lo tanto no las detectamos” (Participante 7).

“Para mí la violencia adopta muchas formas. Muchas formas . Y esto lo que hace es que a veces sea tan invisible que no seamos capaces de identificarla y eso es lo que hace que sin darnos cuenta o eso contribuye a reproducirla” (Participante 8).

“(…) que la parte que ejerce violencia tiene una mentalidad muy fría y que muchas veces lo hacen de una forma muy sutil y muchas veces no te das cuenta” (Participante 1).

“En todos los ámbitos relacionales, no tiene porqué, a veces la violencia no tiene porqué, en la mayoría de veces no siempre se ejerce de manera física o tangible, puede haber violencia simbólica, violencia de muchos tipos, en cualquier ámbito” (Participante 4).

O reconhecimento das formas de violência atendidas na prestação de serviços se coaduna com os apontamentos de Hirigoyen (2006) a respeito das diferentes formas de violência nos relacionamentos amorosos e, com destaque, para a violência psicológica que se

caracteriza pela adoção de comportamentos, expressões e atitudes que visa negar a maneira de ser do outro. Dentro desta caracterização, também são encontradas a sutileza e a invisibilidade no exercício dos atos violentos por parte do autor.

Por outro lado, ao elaborar o reconhecimento das características das agressões atendidas, é identificada uma confluência nas experiências de conflito e violência vivenciadas pelas profissionais em seus ambientes de trabalho com o público atendido. Conforme relatado nos discursos a seguir, as fronteiras entre situações conflituosas e episódios de violência nestes espaços adotam ora características tênues, imprecisas ou não-nomeadas, ora as pesquisadas ocupam uma posição de espectadoras ou apaziguadoras dos conflitos:

“Bueno, me he encontrado algo de gente que no escucha y quiere que se aplique su decisión si o si, es una forma de conflicto, no dejarte hablar, hablarte de malas maneras, escenificar una situación de forma brusca” (Participante 8).

“Compañeras que no se entienden entre ellas . Deshacer el equipo y que trabajen separadas , por ejemplo . Bueno, cuando me encuentro con un conflicto intento separar cuál es la parte del conflicto que me tengo que coger y qué no es mía y no tengo que coger, por lo tanto” (Participante 7).

“(...)situaciones con alguna persona que tiene mucho carácter y a lo mejor .Ah pues yo tengo frío, yo tengo calor . Y tú ajustas la ventana porque tienes frío y venir alguien y bruscamente empujarte para imponer su voluntad” (Participante 9).

Esta invisibilidade e naturalização dos conflitos e dos eventos violentos são aspectos encontrados, em sua parte, pela pesquisa promovida por Quiñones, Cantera e Ocampo (2013) com profissionais que trabalham em locais de assistência a violência que, dentre outros

apontamentos, apontam para as consequências na saúde física e mental ocasionadas pela exposição a estas experiências de violência.

No seguimento desta discussão, a figura institucional se apresenta como um eixo que dinamiza o adoecimento mental e o afastamento dos trabalhadores devido a suas estruturas hierárquicas rígidas e a falta de atenção e preparo para lidar os riscos psicossociais envolvidos na atividade de atendimento às mulheres vítimas de violência:

“Y luego un día te hablo muy bien y otro no . Por parte de esa persona hubo eso, pero de donde más violencia he vivido fue a nivel institucional. Porque la institución no está preparada para dar respuesta” (Participante 4).

“....de nuevo me fui porque la persona que había sido mi tutora no estaba bien a nivel mental. Por mi salud me tuve que ir. La institución no hizo nada para que esa persona no estuviera, y por mi salud y por mi me tuve que ir” (Participante 1).

“Por otra parte a veces el tener un rol jerarquizado superior también hay algunas personas que deciden operar con este poder y sin mediar con el dialogo y demás. Entonces lo que acaba repercutiendo sobre todo lo que decíamos en trabajos en el ámbito social y demás es en el síndrome de estar quemado que a medida que se va reproduciendo acaba en un desgaste profesional con bajas y con ansiedad y depresión o lo que pueda surgir” (Participante 9).

Estes dados reforçam os achados encontrados na classe 4 a respeito da ausência e insuficiência de autocuidado promovido pela instituição e indica, mais uma vez, como este agente apresenta um papel importante na saúde das equipes (Kulkarni et al, 2013). Além disso, conforme relatos acima, este agente não maneja os conflitos emergentes na equipe, mantém

distância na educação de seus funcionários em detectar os sinais de estresse traumático ou *burnout*, assim como cria condições para um espaço laboral de adoecimento e emergência/fortalecimento dos conflitos e da violência nas relações laborais.

Ao resgatar as elaborações tecidas sobre as condições de trabalho na Classe 5, os riscos psicossociais no atendimento do público e as tentativas de autocuidado pessoal enfraquecidas pela ausência ou insuficiência de ações em nível institucional relatadas pela Classe 4 e os indícios de presença de violência laboral, é possível inferir que este grupo profissional está sujeito a circunstâncias com um potencial significativo de adoecimento.

Em contrapartida, diante deste contexto permeado por conflitos e violência na prestação de serviços ou nos espaços de convívio no trabalho, estas pesquisadas criam recursos pessoais como base de empoderamento para manejar este contexto. O detalhamento deste cenário será na Classe 2.

Esta classe denominada “Autocuidado Pessoal”, composta por 22,04% dos segmentos dos textos, discorre sobre os recursos pessoais e sociais acionados pelas participantes para preservar a saúde ao lidar com os eventos de conflitos e de violência seja no atendimento dos alvos de violência, seja nas relações empreendidas em seus espaços laborais.

O primeiro aspecto revelado é a respeito da realização de atividades físicas pelas pesquisadas como uma via de compreensão mais nítida dos problemas vivenciados, de fortalecimento e manutenção do ânimo ou mesmo de apreciação do próprio exercício. Os extratos seguintes dão contorno a estas questões:

“(...) salgo a correr, a andar y me he dado cuenta que pensar en movimiento me . me funciona y me da lucidez. Porqué antes quizá me podía quedar en casa o en el sofá, en la cama y tal y me he dado cuenta de eso, que pensar cuando tengo un problema e ir andando, me facilita y me aclara las ideas” (Participante 4).

“Bueno esto y pienso, leo, siento, pero sí que me he ido dando cuenta que cuando yo estoy físicamente me siento bien, es que con el que te digo de las defensas quedé tocada físicamente eh, y a entonces a medida que mi cuerpo responde mejor, estoy mucho más animada” (Participante 5).

“Hago natación también, dos golpes a la semana, leo mucho, porque me gusta mucho (...)” (Participante 7).

A incorporação das atividades físicas e o cuidado com o equilíbrio corpo-mente se configuram como caminhos de autocuidado pessoal (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013). A entrada desta maneira de cuidar de si, conforme falas acima, parte do princípio de que a prática de exercício físico agrega benefícios para o corpo e mente destas participantes.

Esta aproximação e reconhecimento da realidade interna diante do contato com o mundo externo e vice-versa também se tornam ferramentas de manejo dos eventos oriundos da prestação de serviços com o público atendido e nas relações com outros atores nos contextos laborais:

“(...)que los recursos y la aceptación también si recuerdo al comienzo que piensas que las cosas van de una manera, que tienes que ir allá que tienes que gestionar las cosas de una manera determinada y entonces con el conocimiento y con el tiempo y con la maduración de la persona que se produce con el paso del tiempo si a acompañado otras” (Participante 7).

“Yo soy libra y siempre dicen que los libras son equilibrados, no, los libras buscamos el equilibrio. Entonces sí que es verdad que yo pienso, vamos a pasarlo bien, qué más da” (Participante 3).

“(...)estaba haciendo algo para lo que no estaba capacitada y me daba miedo . Con la terapia me empoderé mucho, saber cuáles eran mis limites, que podía hacer y que no podía hacer” (Participante 4).

Este princípio de identificar e discernir suas experiências subjetivas se torna um eixo fundamental de empoderamento e cuidado consigo, bem como uma maneira de elaborar suas ações e entendimentos diante desta realidade. Conforme pontuado pela participante 5, este reconhecimento do mundo interno faz com que esta busque a psicoterapia pessoal como um caminho de afirmação e estabelecimento de limites diante das demandas oriundas dos atendimentos dos alvos de violência.

Estas constatações remetem a um dos aspectos discutidos na classe 4 a respeito da psicoterapia como umas ações de autocuidado em nível pessoal e se coaduna com as bases do modelo de impacto emocional, proposto por Morales e Lira (2000), que se ocupa de compreender e atentar para os impactos emocionais oriundos do contato com esta realidade.

No interior deste reconhecimento de suas particularidades psicológicas, este grupo profissional efetiva suas intervenções, respostas e concepções sobre os episódios vivenciados na prestação de serviços e na interação com os colegas de maneira mais ativa, assertiva e segura:

“(...)bueno en alguna reunión me he tenido que levantar e irme a llorar, porque pensaba porque cojones tengo que aguantar yo . y ahora que no estoy aquí lo veo con más, con más distancia y tal” (Participante 4).

“Normalmente lo que yo he visto y lo que yo he vivido. Aparentemente pueden escucharte pueden escuchar lo que hay pero si no al final es decir bueno, esto es lo que hay si te gusta bien y si no te vas” (Participante 1).

“Yo enfrento, enfrento, tengo un carácter fuerte aunque soy muy sensible, soy una chica echada para delante (...)” (Participante 8).

Esta maneira de estabelecer limites e enfrentar estes eventos transcritos acima se desenham tanto como resultado deste investimento em sua realidade interna, como um exercício de autocuidado (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013) ao delimitar, externalizar, enfrentar e ressignificar as exigências e desdobramentos no contato com o público e com a rede profissional.

Apesar do predomínio do exercício do autocuidado em uma seara de maior independência e centramento de si, também foram encontrados discursos direcionados para a importância das relações familiares e da rede de amigos. Estas constatações são apresentadas nas falas abaixo:

“(...)bueno me gusta leer, me gusta escribir, me gusta ir al cine y comentar las pelis, me gusta cenar, salir a cenar, charlar, quedar con amigos, amigas “(Participante 8).

“(...)después pues evidentemente quedo con amigos, hacemos fiestas y estiércol . No? Y entonces hay una parte de relaciones sociales que se trae buena parte de este tiempo” (Participante 6).

“Mi marido y yo tenemos una relación . Mi marido y yo fuimos muy amigos durante dos años y nos enamoramos y yo creo que eso es un pilar que se ha quedado en la relación y entonces es verdad que a mí me va muy bien “ (Participante 3).

Conforme exposto acima, o ambiente familiar e rede de amigos constituem fontes de segurança e apoio para estas profissionais emergindo como apoio social de grande relevância. De acordo com Campos (2016), o suporte social é compreendido como a fonte de relacionamento interpessoal que oportuniza sentimentos de proteção e apoio gerando a sensação de ser reconhecido, cuidado e aceito, bem como uma base que gera condições para enfrentamento do estresse cotidiano ao receptor. Além disso, conforme destacado por Ginés e

Barbosa (2010), a criação de redes sociais significativas constitui uma ação de autocuidado em nível individual.

Assim, depreende-se desta classe que as práticas de autocuidado em nível individual estão localizadas em ações de identificação e reconhecimento de suas subjetividades, autonomia e empoderamento de si, de maneira que estas são utilizadas com assertividade e segurança mediante as demandas de seu contexto laboral seja no contato com o público atendido, seja nas relações laborais. Neste nível da discussão, cabe pontuar como a cultura exerce influência na determinação das habilidades pessoais e atitudes para preservação da saúde, prevenção de doenças e alcance de uma melhor qualidade de vida (Correa, 2015).

Retomando as questões tecidas sobre as afirmações de conflito e violência, identifica-se na Classe 1 denominada “Formas de Assédio e Conflitos”, englobando 13,6% dos segmentos dos textos, que a invisibilidade, imprecisão e sutileza das situações conflituosas e violentas constatadas na Classe 3 adquirem uma definição mais objetiva e clara.

Com isso, este ponto do debate sobre os resultados se apresenta para apontar as práticas de assédio e conflito, as situações de ocorrência de atos violentos e conflitos no trabalho, a direção destas práticas e as consequências das ações conflituosas e agressivas.

Em relação as práticas de assédio, são identificados discursos que remetem a vivência de isolamento e a recusa da comunicação, que são percebidas pelos alvos como uma prática sutil:

“(...) porque hace un año sí que tuve una afectación, de la que yo no era consciente pero me encontré que estaba trabajando sola y no en equipo”(Participante 9).

“(...) aquí creo que hubo un ejercicio de violencia por parte del otro . en la manera de hablar . En la manera de traspasar la información, de

manera muy sutil, con cosas como es tu cumpleaños y sé que lo es y te felicita todo el mundo y yo no te felicito” (Participante 4).

Nos discursos assinalados acima, observa-se que esta prática se materializa por meio de gestos, palavras e comportamentos, de maneira sistemática e repetida, dentro do campo das relações nos espaços de trabalho. Tanto o isolamento como a recusa da comunicação transmitem a mensagem, sem palavras, que o outro não interessa ou mesmo não existe para o autor da violência (Hirigoyen, 2011). Estas ações violentas provocam afetações no alvo tais como renúncia, confusão e medo.

Estas situações assediadoras e de conflito emergiam na gestão de múltiplas atividades trazendo o aspecto da precarização do trabalho assinalado na Classe 5 e no compartilhamento de decisões para o andamento das atividades. Os extratos abaixo elucidam estas afirmações:

“(...) nos lo gestionábamos, nos lo gestionamos todo, desde entrar por la puerta, abrir la fotocopiadora, los expedientes. Todo. Las llamadas, quiero decir toda la sobre carga, todo el que era la sobre carga del que eran las gestiones, todo esto genera malestar y puede generar conflictos en un equipo sí”(Participante 7).

“(...) yo pensaba que tenía que hacer con un tiempo, con más personas, era como que en las horas que yo tenía, tenía que llevar muchas cosas sin tener realmente la preparación ni el tiempo y era una cosa que a mí me agobia” (Participante 1).

Ao adentrar nestas situações de assédio e conflitos, identifica-se a aparição de características presentes nas relações laborais que são marcadas por características individualistas, precarizadas, sobrecarregadas e de falta de reconhecimento do outro. É caminhar em um espaço que relembra como os trabalhadores se submetem a qualquer condição

de emprego e estão sujeitos aos novos modelos de administração calcados pela alta performance para se desvencilhar da ameaça do desemprego (Barreto & Heloani, 2015; Figueredo, 2012).

As ocorrências de assédio e de conflitos são praticadas em uma direção ascendente e descendente como pontuados pelas falas a seguir:

“(...)por encima de alguien o incluso a veces no sé si esto sería un ejercicio de violencia pero a veces con mi jefa cuando estoy enfadada con ella le hablo muy técnicamente y le suelto como un rollo ahí a nivel discursivo” (Participante 4).

“(...).era terrible yo era jefa de coordinación de departamento y éramos solo dos personas en aquel momento y . Era tal la presión que yo sentía” (Participante 3).

“(...)había actuaciones o tratos de los jefes hacia mí que no me gustaban . Es verdad. Se podía hablar de personas muy autoritarias que si no les dabas la razón te hacían el vacío”(Participante 1).

As condutas abusivas com direção descendente são características de estruturas muito hierarquizadas (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008) e constitui a forma mais frequente em locais de assistência aos alvos de violência (Quiñones, Cantera, & Ocampo, 2013). Por outro lado, nos extratos acima, constata-se que as participantes vivenciaram esta violência quando ocupavam cargos de gestão ou praticaram atos violentos direcionados a estes espaços.

Neste contexto de convívio com conflitos e assédio, percebe-se que a falta de implicação dos agentes institucionais no manejo e resolução dos conflitos e das práticas violentas traz consequências psicológicas para os alvos tais como insegurança e raiva, bem como afetam a qualidade dos serviços prestados ao público atendido:

“(...)Sí, sí eso es verdad, yo porque no he caído en eso pero es verdad que eso a mí me afecta directamente y totalmente porque al tener o al

ser autónoma lo que a mí se me paga sale de una partida presupuestaria que va en función de que se quiera dar” (Participante 1).

“(...)no tenía que ver conmigo pero yo pillé. No sé como explicártelo . Yo enseñé a alguien que no venía del ámbito . Le di todos los contactos, con mucho cariño, lo volvería a hacer porque yo soy así. Claro violencia es una palabra que para mí es muy gorda . Bueno se una palabra que es más que el malestar “ (Participante 7).

“(...) Y claro que afecta, si tú con tu compañera o compañero que tienes que hacer entrevistas comunes que tienes que hacer visitas a domicilio que tienes que acompañar a familias a algún lugar, y resulta que está de mal rollo contigo” (Participante 9).

A situação retratada se constrata com os apontamentos de Sansburry, Graves e Scott (2015) que sinaliza para a necessidade das instituições manejarem os conflitos dentro da própria equipe, sem atingir a qualidade dos serviços prestados. Além disso, reforçam como estes profissionais estão imersos em vínculos empregatícios frágeis que causam impactos não só para os funcionários, como também para os demais que estabelecem laços profissionais e de reconhecimento da qualidade dos serviços prestados.

A exposição dos achados desta classe aponta que conflitos e práticas de violência nos locais de trabalho estão entremeados nos discursos das pesquisadas por outros aspectos relacionados a condições de trabalho que, como discorrido na Classe 5, são caracterizados pela precarização cuja presença em ambientes de trabalho propicia o surgimento de violência nestes cenários (Pioner, 2012).

Diante das constatações elencadas neste debate, direciona-se, neste momento, para uma compreensão de que estas profissionais espanholas estão sujeitas a uma série de fatores que

potencializam os riscos de adoecimento em complemento ao já propiciado pela própria natureza do trabalho. Em contrapartida, estas trabalhadoras têm conhecimento dos riscos envolvidos nas práticas de suas atividades e assim, assumem a posição de investir em seu autocuidado em nível pessoal seja através do investimento em sua autonomia e reconhecimento do seu mundo psíquico que, em alguns casos, foram promovidos pela psicoterapia, seja pela aproximação com as redes familiares e de amigos.

Conclusão

Esta pesquisa propôs descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional em centros de atendimento da Espanha.

Esta proposta indicou, através da exploração das entrevistas realizadas, comprovações das condições de trabalho precarizadas, da presença de histórias de adoecimento neste contexto laboral, de trajetórias profissionais marcadas pela flexibilização funcional, por afirmações sobre violência e conflitos elaboradas pelas participantes sobre os casos testemunhados que remetem as suas próprias experiências desta natureza em seus espaços de trabalho, do esforço individual destas trabalhadoras em cuidar da própria da saúde dada a compreensão das mesmas sobre os riscos envolvidos na atividade através, principalmente, da imersão e empoderamento do seu mundo psíquico, da ausência e insuficiência de ações de autocuidado em nível institucional e, por fim, pelos indícios de práticas assediadoras nas relações profissionais nos locais pesquisados.

Neste estudo, as trabalhadoras apontaram para caminhos profissionais marcados pela assunção de diferentes papéis profissionais ou diversas formas de atuação, pelo acesso ao campo de trabalho de atendimento aos alvos de violência conjugal, através da elaboração e promoção de projetos voltados para o público atendido, e pela inserção em condições de

trabalho caracterizados pela fragilização dos vínculos trabalhistas, baixas remunerações e sobrecarga de atividades. Esta conjuntura nos fala da situação das mulheres no mercado de trabalho que, de uma maneira geral, estão mais expostas a condições laborais precarizadas e a exigências de flexibilização funcional na ocupação dos postos de trabalho (Nascimento, 2014).

Além de estarem sujeitas a este tipo de conjuntura patrocinada pelos desígnios da acumulação capitalista neoliberal, foram localizados relatos de adoecimento ocasionados pelo contato com histórias de violência através de relatos de afastamento de profissionais ou de vivências da síndrome de *burnout*. Estes aspectos apontam para os riscos psicossociais envolvidos nesta atividade de atendimento às vítimas de violência (Medrano, 2014).

Por outro lado, as pesquisadas têm conhecimento dos prejuízos causados à saúde física e mental no contato com as histórias de violência e assim, procuram formas de autocuidado individual como a psicoterapia (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013). Ainda dentro desta exploração, foram identificadas esparsas ou nenhuma ação de cuidado dos profissionais por parte dos agentes institucionais o que fragiliza os esforços de autocuidado pessoal promovidos pelas trabalhadoras (Sansburry, Graves, & Scott, 2015).

Neste ambiente pesquisado, as trabalhadoras teceram considerações sobre conflito e violência que apontam para a invisibilidade, a variedade de formas, sutileza e naturalização destes fenômenos nos casos atendidos. No entanto, estas afirmações estão entrelaçadas pelas próprias vivências conflituosas e agressivas experimentadas nas relações dentro dos ambientes de trabalho. Em conjunto com esta situação, também são localizados novos relatos acerca não só do precário autocuidado institucional, como também pela aparição destes agentes como fatores de potencialização de prejuízos para a saúde destas funcionárias. Esta realidade nos remete para os apontamentos de Kulkarni et al (2013) sobre a considerável influência que as instituições têm na saúde dos profissionais.

Em contrapartida, as pesquisadas promovem um trabalho individual de aproximação, reconhecimento e empoderamento de seu mundo interno, seja através da prática de atividades físicas ou da psicoterapia, como vias de manejo mais assertivo e seguro das demandas oriundas dos casos atendidos e no contato com a rede profissional. Esta busca pelo investimento em si se desenha como um autocuidado pessoal (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013) dado que o discernimento e a identificação das próprias experiências subjetivas impulsionam a construção de limites, o empoderamento pessoal, a autonomia e segurança nas intervenções com o mundo externo. Cabe assinalar que a construção destas habilidades no cuidado consigo está entremeada por questões culturais (Correa, 2015).

Por outro lado, são identificadas práticas de assédio através do isolamento e da recusa da comunicação praticadas na gestão e exercício de atividades profissionais e no compartilhamento de decisões, de maneira ascendente e descendente, que propiciam consequências negativas para a saúde das trabalhadoras e na execução dos serviços prestados. Esta situação nos fala da sujeição a qualquer condição de trabalho (Barreto & Heloani, 2015; Figueredo, 2012) e dos riscos da traumatização das equipes pela natureza dos casos atendidos que pode desembocar em relações agressivas dentro do grupo profissional (Mideplan, 2009).

Assim, esta exploração se apresenta como um deslocamento da atenção para a experiência de trabalho de trabalhadores envolvidos neste atividade, através da comprovação da mobilização emocional e dos riscos inerentes a atividade de atendimento a vítimas de violência (Penso et al, 2010; Howlett & Collins, 2014; Vieira & Hasse, 2017) e aponta para a necessidade de assunção de práticas por parte dos agentes institucionais voltadas para abordagem dos conflitos e para o reforço das práticas de autocuidado pessoal, de atenção à saúde dos profissionais, através da educação e monitoramento de sinais de traumatização vicária, estresse traumático secundário, *burnout* e nos indícios de assédio na equipe (Sansbury, Graves, & Scott, 2015).

Assim, diante das condições de trabalho precarizadas, das formas de adoecimento constatadas e pelos escassos ou inexistentes esforços institucionais para cuidar da saúde dos trabalhadores, salienta-se a importância da plena e homogênea efetivação dos programas de autocuidado vigentes, da discussão do papel da condição da mulher dentro do mercado de trabalho e da elaboração de propostas de cuidar da equipe profissional que leve em consideração as particularidades sociais, econômicas e culturais dos locais de intervenção. Além disso, também cabe refletir que, ao pensar sobre o papel assumido pelas instituições, torna-se fundamental lembrar que elas estão mergulhadas em uma lógica capitalista neoliberal que prima, cada vez mais, pela fragilização das condições de trabalho, pelo uso barato da força de trabalho feminina e pela cobrança de desempenho de alta performance no desempenho das funções (Nascimento, 2014). Com isso, a implantação efetiva de práticas de autocuidado é algo que extrapola as esferas institucionais.

Por fim, a presente pesquisa apresenta limitações que podem ser ultrapassadas por estudos futuros. A primeira se refere à falta de aplicação de um instrumento que mensure e comprove os relatos de *burnout* de modo que estes achados fossem relacionados com os outros aspectos desta pesquisa. A segunda questão é caracterizada pela ausência de questões investigativas sobre aspectos envolvidos a elementos inerentes a dinâmica organizacional. A terceira limitação está situada na falta de questões que compreendam quais as circunstâncias que levam um conflito não- gerenciado ser uma potencial fonte de assédio moral no trabalho.

Referências Bibliográficas

- Barreto, M., & Heloani, R. (2015) Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social e Sociedade*, 123, 544-561.
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.036>
- Bourdieu, P. (2016). *A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica*. Rio de Janeiro: Bestbolso.

- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. *Florianopolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina*. Disponível em <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Campos, Eugênio Paes (2016). *Quem cuida do cuidador? Uma proposta para profissionais de saúde*. 2a ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom.
- Cantera, L. M., & Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>
- Choi, G. Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03643107.2011.575333>
- Correa, O. T. (2015). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. *Hacia la promocion de la salud*, 8(1), 38-50. Disponível em https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33538149/EL_AUTOUIDADO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523484916&Signature=YW07G7pVFvMVQjkwFaQp3yg2F%2BU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl_AUTOUIDADO.pdf
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). “Preventing the pain” when working with family and sexual violence in primary care. *International journal of family medicine*. 1-5. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2013/198578>
- Freitas, M. E. de Heloani, R., & Barreto, M. (2008). *Assédio moral no trabalho*. São Paulo, SP: Cengage Learning.
- Figueredo, P. M. (2012). *Assédio contra mulheres nas organizações*. São Paulo, SP: Cortez.
- Gimena, M. M.R., Alonso, E.P., Monzó, L.M. (2012). *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención a la violencia de pareja hacia las Mujeres*.

- Agência Laín Entrago. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142695400469&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
- Ginés, O., & Barbosa, E. C. (2010). Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12(2-3), 297-313. Disponible en http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf
- Gomà-Rodríguez, I., Cantera, L. M., & Silva, J. P. da (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. Psicoperspectivas. *Individuo y Sociedad*, 17(1), 132-143. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1058/740>
- Hirigoyen, M. F. (2006). *A violência no casal: da coação psicológica à agressão física*. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Hirigoyen, M. F. (2011). *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. (13ª Ed). Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Hirata, H. (2007). Flexibilidade, trabalho e gênero. In: H. Hirata & L. Segnini (Orgs.) *Organização, Trabalho e Gênero* (89-108). São Paulo: Editora Senac São Paulo.
- Holguín, M. R., & Velázquez, T. (2015). *Trabajo con personas afectadas por violencia política: salud mental comunitaria y consejería*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado, Maestría en Psicología Comunitaria. Recuperado de https://issuu.com/huverferia/docs/trabajo_con_personas_afectadas_con
- Howlett, S. L., & Collins, A. (2014). Vicarious traumatisation: risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180-190. Disponible en <http://hdl.handle.net/10520/EJC153403>

- Jefatura del Estado, Gobierno de España (2004). *Ley de protección contra la violencia de género 1/2004*. Boe (pp. 42166–42197). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Kulkarni, S.; Bell, H.; Hartman, J. L. & Herman-Smith, Robert L.(2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and *burnout* in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research, 4*(2), 114-130
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.5243/jsswr.2013.8>
- Medrano, S. G. (2014). Promoción del autocuidado desde el cuerpo: La importancia del cuerpo en el autocuidado en equipos profesionales. México, D. F.: *Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia*, A.C.
<http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2722>
- Mideplan. (2009). *Manual de orientación para la reflexividad y el autocuidado*. Santiago de Chile: Mideplan.
- Morales, G., & Lira, E. (2000). La Receta del autocuidado: Los riesgos de equipo de programas que trabajan con situaciones de violencia. In O.V.Alvarez (Eds.) *Violencia en la cultura: Riesgos y estrategias v de intervención* (271-278). Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Moreno-Jiménez, B.; Morante, M. E.; Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual, 12*(2), 215-231.
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>
- Nascimento, S. D. (2014). Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. *Temporalis, 14*(28), 39-56. [doi:https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n28p39-56](https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n28p39-56).

- Ojeda, T. E. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 1(52), 21-27. Disponible em http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf
- Oliveira, R.M. K. de. (2015). *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. 3ª ed. São Leopoldo: Sinodal.
- Penso, M. A., Almeida, T. M. C. de, Brasil, K. C. T., Barros, C. A. de, & Brandão, P. L. (2010). O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas em Psicologia*, 18(1), 137-152. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100012>
- Pioner, L. (2012). Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 10(1), 113-120. Recuperado de <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/16>.
- Quiñones, P., Cantera, L. M., & Ocampo, C. L.O. (2013). La violencia relacional em contextos laborales que trabajan contra la violencia. In L.M. Cantera, S.Pallarés & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (135-155). Barcelona: Amentia Editorial.
- Sansbury, B. S.; Graves, K. & Scott, W. (2015). Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma*, 17(2), 114-122. Disponible em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1460408614551978>
- Velázquez, T., Rivera, M., & Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334. Disponible em <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v5n2/v5n2a13.pdf>
- Vio, C. G., Platz, A. M., Bermúdez, & Vidal, A. N. (2011). N. R. Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 43(2), 319-328. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521287010>.

Vieira, E. M., & Hasse, M. (2017). Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 52-62. Disponível em [DOI: 10.1590/1807-57622015.0357](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357)

-CAPÍTULO 7-

O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESPANHA

Resumo - Este artigo teve por finalidade apresentar uma construção comparativa de uma pesquisa transcultural realizada no Brasil e na Espanha com 22 sujeitos cujos objetivos se assentaram nos seguintes eixos: descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional. Após a elaboração dos dois dendrogramas pelo software IRAMUTEQ, a elaboração confrontativa entre as categorias das duas pesquisas apontou para semelhanças no tocante a experiência subjetiva e um distanciamento nas características de autocuidado empreendidas por profissionais brasileiras e espanholas. Refletir sobre a dinâmica institucional destes ambientes e a influência dos fatores socioculturais no autocuidado são propostas deste estudo.

Palavras-chaves: trabalho social, riscos ocupacionais, autocuidado.

The work of care professionals to women victims of violence: a comparative study between Brazil and Spain.

Abstract - This article aims to present a comparative construction of a cross-cultural research carried out in Brazil and Spain with 22 subjects whose objectives were based on the following axes: to describe the working conditions, to investigate the experience of attending to women victims of violence and observe the practices of self-care exercised by the professional group at personal, professional, collective and institutional levels. After the elaboration of the two dendrograms by the software IRAMUTEQ, the confrontative elaboration between the categories of the two surveys pointed to similarities regarding the subjective experience and a distancing in the characteristics of self-care undertaken by Brazilian and Spanish professionals. Reflecting on the institutional dynamics of these environments and the influence of sociocultural factors on self-care are proposed in this study.

Keywords: social work; occupational risks; self-care.

A violência contra a mulher é um fato de atenção e cuidado por parte de uma rede de atendimento profissional em países como Brasil e Espanha. Esta realidade é resultado de movimentos e demarcações oficiais que suscitaram a criação desta malha de prestação de serviços a estes alvos tanto na realidade brasileira como na espanhola.

No Brasil, esta realidade ganha contornos significativos quando este se torna signatário da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Para cumprir as obrigações elencadas neste dispositivo, foi criada a Lei nº 11.340 ou Lei Maria da Penha em 2006. Este arcabouço jurídico lista as formas de violência contra a mulher, as medidas integradas de prevenção, a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, as ações a serem executadas pela autoridade policial e as medidas protetivas (Brasil, 2006).

Como meio de qualificar os eixos conceituais, princípios, diretrizes e práticas para os atores institucionais imersos no combate à violência contra a mulher, foi também elaborada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (Brasil, 2011). Este escrito detalha a rede de atendimento para os casos atendidos que, dentre os serviços listados para este fim, estão os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CREAMs), as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

Por sua vez, na Espanha, a oferta deste tipo de serviço é resultado da aprovação da Lei Orgânica de Medidas Protetivas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero em 2004 (Jefatura de Estado, Governo de España, 2004) alinhada com as recomendações de combate a esta realidade por parte da ONU (Organização das Nações Unidas). Este instrumento legal determina medidas de sensibilização, prevenção, detecção e assistência a violência contra a mulher. Este último aspecto compreende a garantia de acesso à informação e à assistência social integrada por meio de serviços de atenção permanente e urgente realizada por uma equipe multiprofissional. Estes serviços são ofertados de diferentes formas: linhas telefônicas, centros de urgência, casas de acolhimento, associações, nos âmbitos administrativos, judiciais, policiais, dentre outros (Gomà-Rodríguez, Cantera, & Silva, 2018).

No entanto, o exercício deste tipo de atividade envolve uma forte mobilização emocional como apontado por estudo de Vieira e Hasse (2017) com profissionais envolvidos na atenção aos casos de violência contra a mulher em uma rede intersetorial. Os resultados indicaram que os pesquisados percebiam seu trabalho como desgastante e experimentavam muitas dúvidas, sensação de impotência, tristeza, ansiedade, desconfiança, frustração, desalento, estresse e medo diante dos casos atendidos.

Estes efeitos são corroborados por outra investigação que, embora não lide com a violência contra as mulheres, trata de experiências com alto teor de violência como o realizado em diferentes serviços de assistência aos refugiados na fronteira mexicana. A audição de histórias com conteúdo violento de alto impacto vivenciadas pelos emigrados provocava

insônia, problemas de concentração, pensamentos intrusivos, frustração, impotência e distanciamento emocional nos trabalhadores destes centros (Lusk & Terrazas, 2015).

Ainda dentro deste contexto, os trabalhadores desta área se identificam com os casos relatados, levando ao contágio emocional e posterior sofrimento em conjunto com a vítima, outros apresentam insensibilidade diante os casos atendidos ou revivenciam suas experiências pessoais de trauma ou violência (Arrellanos & Dupuis, 2014).

Estas experiências decorrentes da aproximação com os casos agredidos também se endereçam para o fenômeno da contaminação temática que, estabelecendo uma correspondência com as situações laborais relacionadas a substâncias tóxicas, as histórias de violência ou maltrato seriam estes elementos tóxicos que levam a danos progressivos ou agudos aos profissionais e a equipe de trabalhadores (Ginés & Barbosa, 2010).

Além destas vivências, a atividade de cuidar também pode constituir um caminho para a síndrome de *burnout* para os profissionais desta área. Este adoecimento é caracterizado pelo esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização profissional. O primeiro sintoma se caracteriza pela diminuição ou perda de recursos emocionais, o segundo está situado no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade e cinismo diante dos usuários e o terceiro, na predisposição para experimentar uma insuficiência profissional e baixa estima pessoal (Muñoz & Lucero, 2008).

Outro risco ocupacional para a saúde dos trabalhadores deste tipo de prestação de serviço é o estresse traumático secundário. Esta síndrome é caracterizada por um conjunto de reações cognitivas, emocionais, somáticas e motoras tais como: pensamentos intrusivos, insônia, hipervigilância, sentimentos de vazio e desesperança, dentre outros (Jiménez, Benadero, Novoa, Carvajal, & Hernández, 2004).

Além do potencial prejuízo a saúde para os profissionais em nível individual, as aproximações com as histórias de violência podem contaminar a equipe, de maneira que a dinâmica agressiva assistida é reproduzida nas relações do conjunto de trabalhadores dos centros de atendimento (Arrellanos & Dupuis, 2014).

Assim, diante dos potenciais riscos para a saúde dos profissionais e da equipe envolvida na prestação de serviços a vítimas de violência, o autocuidado é apontado como um recurso de afastamento destas doenças e de conservação da saúde. Este termo, de acordo com Uribe (1999), se refere a um conjunto de práticas cotidianas humanas que visa a continuidade, manutenção e desenvolvimento da saúde. Tais ações podem ser implementadas em âmbito individual e grupal e são influenciadas por aspectos sociais, históricos e culturais.

Em nível individual, as práticas de cuidado de si são desenvolvidas através de ações que visam a manutenção de um estado de saúde físico e mental saudáveis tais como: cuidado com a composição, quantidade e horários da alimentação, realização de atividades físicas, cuidado com o sono, participação em atividades recreativas, desenvolvimento de atividades de estímulo a área cognitiva, preservar uma boa comunicação com vínculos importantes (família, amigos, colegas de trabalho) e implementar uma disposição de auto-observação para manejo das próprias condutas (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014).

Já, dentro das equipes profissionais, a incorporação do autocuidado é materializada através da criação de espaços para abordar as seguintes temáticas latentes ao exercício deste tipo de prestação de serviço: a carga e o excesso de trabalho e como estas incidem no desenvolvimento das atividades, o binômio impotência/onipotência mobilizado na aproximação com os casos atendidos assim como a sobreidentificação afetiva e a identificação com os relatos assistidos. Além disso, estes ambientes constituem oportunidades para organizar, delegar e coordenar as atividades dentro do grupo, desenvolver um senso de confiança entre os membros da equipe profissional. Estas propostas conferem benefícios tanto para os profissionais como para as comunidades, ao evitar a reprodução da violência na própria assistência dos alvos atendidos (Holguín & Velázquez, 2015).

Apesar da relevância do desenvolvimento de práticas de autocuidado nos âmbitos individual e grupal pelos profissionais, é de suma importância que a atenção para este tipo de desvelo com a saúde pelos profissionais da área de assistência a vítimas de violência seja construída desde a formação profissional.

Neste sentido, dentro do campo educacional, um artigo elaborado por O'Halloran e O'Halloran (2001) aponta para a necessidade de que o corpo docente monitore os alunos a reconhecer os sinais e sentimentos eliciados pelo contato com os casos de violência bem como aprenda estratégias de autocuidado para lidar com estas circunstâncias. Para que estes mecanismos de cuidado de si sejam elaborados, alguns pontos devem ser desenvolvidos na relação entre professor e aluno tais como: criar um ambiente seguro na sala de aula através da disponibilização de um programa claro e detalhado bem como ter regras explícitas para o ensino em questão. Além disso, também são considerados como ações neste sentido: confidencialidade, o estabelecimento de limites à divulgação de dados pessoais e experiências narradas, facilitar a reconstrução dos casos de violência atendido e a reconexão com as experiências pessoais de trauma e violência.

Ainda nesta área, outro estudo elaborado por Cantera e Cantera (2014) destaca como uma formação acadêmica atenta as questões de autocuidado constitui uma forma de estratégia preventiva para evitar o adoecimento característico desta área. Neste âmbito, as autoras entendem que um currículo acadêmico zeloso nas questões de autocuidado e gerenciamento emocional são bases necessárias que garantem a aquisição de habilidades teóricas e práticas em torno do autocuidado. Estas ações estabelecem uma ferramenta de prevenção do mal-estar laboral e promotora da qualidade dos futuros profissionais. E esse bem-estar se reverte para o bem-estar dos usuários do serviço e / ou atenção até mesmo para o do profissional em um processo de pesquisa.

Com isso, diante dos riscos ocupacionais descritos na prestação de atendimento a vítimas de violência contra a mulher e da relevância da incorporação do autocuidado como recurso de manutenção da saúde destes trabalhadores, este escrito desenhará recortes comparativos sobre os principais dados de uma pesquisa transcultural Brasil-Espanha realizada através de uma parceria entre a UFS (Universidade Federal de Sergipe) e o grupo de investigação VIPAT (Violencia en la Pareja y en el Trabajo) da UAB (Universitat Autònoma de Barcelona) assentada nos seguintes objetivos: descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional.

Método

A amostra deste estudo transcultural foi composta por 22 sujeitos da área de assistência a vítimas de violência contra a mulher. Assim, no contexto espanhol, esta amostra foi constituída por 10 profissionais desta área com uma faixa etária média de 47 anos que prestam serviços desta natureza em diferentes centros de atendimento de associações públicas e privadas na Espanha. Por sua vez, no Brasil, a amostra foi composta por 12 profissionais com uma faixa etária média de 35 anos de quatro centros de atendimento a vítimas de violência contra a mulher na cidade de Aracaju e interior de Sergipe. Estas amostragens foram construídas por conveniência cujo critério de seleção obedeceu a parâmetros de disponibilidade pessoal para a participação na pesquisa.

O instrumento utilizado nos dois países foi um roteiro de entrevista com questões a respeito de afirmações sobre violência, conflito e trabalho e autocuidado. Tanto no Brasil como na Espanha, a aproximação com as participantes deste projeto foi intercedida por representantes dos centros de atendimento às demandas de violência contra mulher com o intuito de mapear a quantidade de profissionais especializados na prestação de serviços desta natureza e disponíveis

para participar deste estudo. Após esta etapa, foram agendados data e local com as profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher para realização das entrevistas.

Os dados recolhidos nos dois estudos foram submetidos ao programa informatizado *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) separadamente. Este é um método informático que possibilita diferentes formas de análises textuais, resultando em uma organização compreensível e clara do material escrito coletado. Para esta pesquisa, foi eleita a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que dispõe o vocabulário em classes em um dendograma que esclarece as relações entre elas (Camargo & Justo, 2013).

Resultados

A análise dos dados extraídos do roteiro de entrevista aplicado no contexto brasileiro, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerou um corpus composto por 12 UCI (entrevistas), dividido em 1.283 segmentos de texto, correspondente a 86,13% do material textual e 4.177 palavras com uma frequência de 10,51 palavras por resposta. O dendograma construído, balizado na similitude dos segmentos dos textos, apresentou cinco classes de segmento de textos. Por meio da averiguação da aba Perfis, são constatados os conteúdos lexicais de cada uma destas classes (Camargo & Justo, 2013).

As palavras dispostas em cada classe do dendograma correspondem as 10 primeiras palavras exibidas em cada classe. Os relatos das pesquisadas ou segmentos de texto demonstrados nesta análise comparativa foram retirados da aba Perfis, de forma que o cenário de cada classe fosse apresentado por segmentos textuais específicos da realidade pesquisada.

Esta CHD fracionou as cinco classes do corpus em três subcorpora, de forma que, de um lado, ficaram posicionadas as classes 5, 2 e 4 e de outro lado as classes 1 e 3. Na sequência, a classe 5 foi separada em classes dois e quatro.

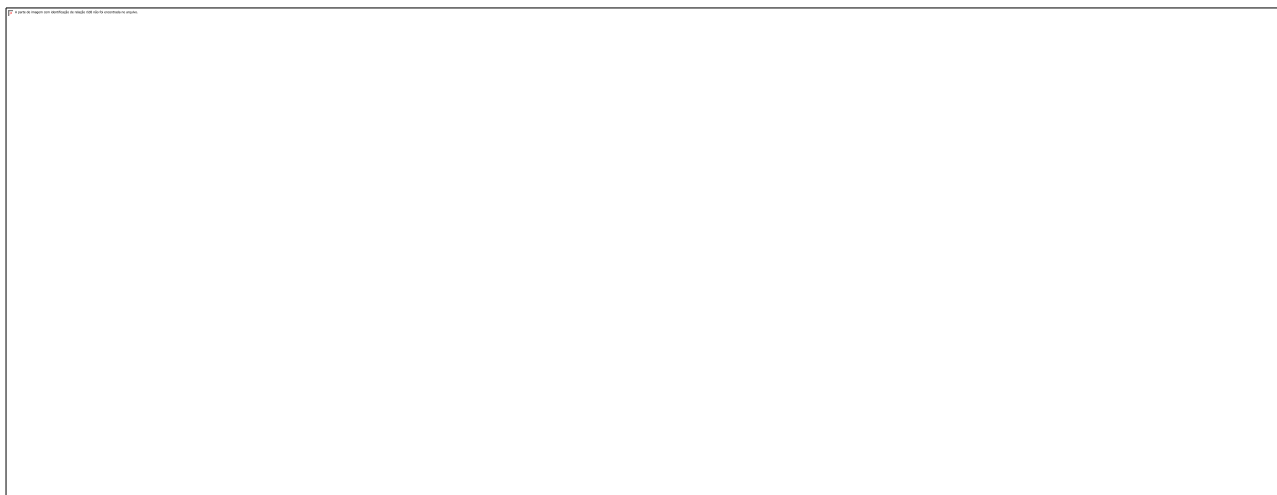


Figura 1 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher no Brasil”.

Fonte: Arquivo Pessoal

O corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher no Brasil”, conforme explicitado pela Figura 1, é composto por cinco classes. Assim, a Classe 5 denominada “Atendimentos a mulheres vítimas de violência”, composta por 11,9% dos segmentos dos textos, traz discursos que remetem a aspectos tagenciadores da demanda atendida e da aproximação com esta realidade. Já os trechos das entrevistas contidos na Classe 2 denominada “Conflitos, Violência e Atuação Profissional”, construída por 21,4% dos segmentos dos textos, identifica as características das situações conflituosas e assediadoras, e descreve os empecilhos encontrados para a atuação do profissional.

Os relatos da Classe 4 designada como “Autores das práticas de assédio e as condições de trabalho”, representada por 22,7% dos segmentos dos textos, denota para as precárias condições laborais destas profissionais e o abuso de poder exercido pelos superiores hierárquicos. Os extratos da Classe 3 denominada “Autocuidado Pessoal”, retratada por 22,6% dos segmentos dos textos, deslinda os espaços e tempo disponíveis voltados para este propósito. Por fim, os recortes trazidos pela Classe 1 nomeada “Manejando os obstáculos no ambiente de trabalho”, baseada em 22,6% dos segmentos dos textos, caracteriza as formas empreendidas pelas profissionais para lidar com os conflitos, as dificuldades e outras questões vinculadas ao relacionamento entre os profissionais e ao atendimento das demandas recebidas no contexto laboral.

Por sua vez, os dados coletados no cenário espanhol, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ficaram dispostos em 10 UCI (entrevistas) organizadas em 1.304 segmentos de texto, correspondente a 90,11% do material textual e 5.188 palavras com uma frequência de 15,29 palavras por resposta. O dendograma elaborado seguiu os mesmos critérios de construção explicado na CHD do contexto brasileiro (Figura 2).

Assim, as palavras apresentadas em cada classe correspondem as 10 primeiras exibidas de cada categoria e as falas extraídas para esta construção comparativa foram selecionadas, tendo em vista a caracterização da realidade explicitada. O corpus deste dendograma foi repartido em dois subcorpora. De um lado, a classe 5, e do outro, as classes 4,3,2 e 1. Na etapa seguinte, o segundo subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), trazendo a classe 4 e 3 de um lado e, de outro, as classes 2 e 1.

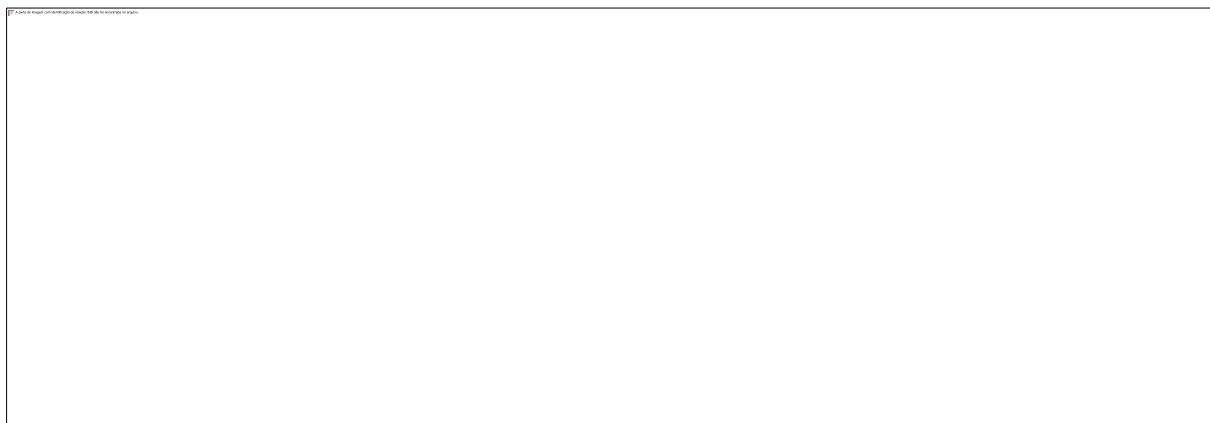


Figura 2 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher na Espanha”.

Fonte: Arquivo Pessoal

O corpus “Trabalho dos Profissionais de Assistência a Vítimas de Violência contra a Mulher na Espanha”, conforme apresentado pela Figura 2, é composto por cinco classes. Deste modo, os extratos constitutivos Classe 5 intitulada “Trajetória, atuação profissional e condições de trabalho”, construída por 27,83% dos segmentos dos textos, relata a prática, o caminho profissional traçado por estas trabalhadoras e as circunstâncias laborais em que estão inseridas. Já os recortes da Classe 4 denominada “Atendimento a mulheres vítimas de violência e formas de autocuidado”, traçada por 20% dos segmentos dos textos, compreende a caracterização do quadro laboral precário das pesquisadas, as formas de autocuidado promovidas pelos profissionais em nível pessoal e as características deste cuidar por parte das instituições.

Os discursos elencados na Classe 3 designada como “Afirmções sobre Conflito e Violência”, baseado por 22,04% dos segmentos dos textos, nos direcionam para os elementos e nuances características das situações violentas das atendidas, bem como das vivenciadas pelas profissionais espanholas no cenário laboral. Já os enunciados da Classe 2, denominada de “Autocuidado Pessoal”, alicerçada por 16,77% dos segmentos dos textos, aborda os mecanismos pessoais e sociais para preservar a saúde. Por fim, as exposições da Classe 1, intitulada “Formas de Assédio e Conflitos”, traçado por 13,6% dos segmentos dos textos, indica para as práticas, autores e as consequências das situações conflituosas e agressivas do ambiente de trabalho.

Assim, esta proposta discursiva se assentará em apontar e debater aproximações e distanciamentos desenhados através do pareamento dos achados das classes dos corpora dos contextos brasileiro e espanhol.

Discussão

Os resultados deste estudo comparativo demonstraram para aproximações no tocante a condições de trabalho, na vivência de situações de assédio no trabalho, na falta de autocuidado institucional e na experiência de atendimento a vítimas de violência contra a mulher entre profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher no Brasil e na Espanha. Por outro lado, observa-se que há diferenças no reconhecimento dos riscos ocupacionais inerentes a atividade de atendimento a vítimas de violência e nas formas de autocuidado pessoal.

Assim, foram identificados que as profissionais espanholas estão sujeitas a formas de trabalho precárias caracterizadas pela fragilização dos vínculos contratuais, pela sobrecarga e longas jornadas de trabalho e baixas remunerações. Este quadro remete a um cenário característico da força de trabalho feminina que estão mais expostas a formas de trabalho precárias e informais, refletindo o desdobramento sociocultural da divisão sexual do trabalho cujas atividades de menor prestígio social, monótonas e de cunho doméstico são atribuídas as mulheres (Nascimento, 2014).

Já esta precarização do trabalho, no contexto brasileiro, estará mais situada, pelas falas das participantes, na falta de uma infraestrutura física, de disponibilidade de recursos humanos e materiais, de segurança e desarticulação da rede para o exercício de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. Estas questões são também apontamentos elencados relatórios Observe (2010, 2011).

Além da precarização, as profissionais brasileiras e espanholas estão submetidas a práticas de assédio, representados pela desvalorização, isolamento e recusa de comunicação, exercidos pelos superiores hierárquicos o que é circunstância característica de estruturas rígidas e hierarquizadas (Freitas, Heloani, & Barreto, 2008). No Brasil, a presença deste forma de gerir as instituições cria obstáculos para a consecução das atividades pelas profissionais brasileiras gerando a vivência de sentimentos de frustração para as trabalhadoras. Esta realidade se torna mais um fator de adoecimento para este conjunto de pesquisadas deste país.

Este quadro também aponta que as participantes nos dois países estão desertadas do autocuidado institucional cujas prerrogativas são assentadas nos seguintes quesitos: promover condições adequadas de trabalho, atentar para qualidade das relações entre os profissionais, apoiar a construção de espaços de esvaziamento e decompressão para os trabalhadores, estruturar ambientes de formação e supervisão, estimular as decisões consensuais para os casos difíceis e favorecer estilos de liderança horizontais, flexíveis e protetores. Esta ausência de cuidado com estas pesquisadas, especificamente para as trabalhadoras brasileiras, também é encontrada em nível de rede profissional, quando não são constatadas uma articulação de rede

que promova uma conexão entre os diferentes equipamentos e facilite a retroalimentação e o encaminhamento dos casos atendidos (Ginés & Barbosa, 2010).

Deste modo, ao avaliar o papel da instituição no Brasil e na Espanha, percebe-se que o papel adotado pelos agentes institucionais está desalinhado com os apontamentos de Sansbury, Graves e Scott, (2015) cujo estudo indica para a responsabilidade destes agentes em lidar com os conflitos dentro das equipes profissionais. Além disso, reforça a influência considerável destes entes na saúde destes profissionais (Kulkarni, Bell, Hartman, & Herman- Smith, 2013).

Ainda nesta direção comparativa, foram detectados discursos que apontam as experiências emocionais específicas do atendimento a vítimas de violência. Assim, a prestação dos serviços de escuta e acolhimento de mulheres vítimas de violência mobiliza impotência, insegurança, desânimo e desgaste nas profissionais no Brasil e Espanha envolvidas na aproximação com esta realidade. Esta constatação se coaduna com os resultados de diferentes pesquisas (Penso et al, 2010; Howlett & Collins, 2014; Vieira & Hasse, 2017) que indicam para os riscos psicossociais inerentes a este tipo de experiência.

Ao combinar os achados similares dos cenários brasileiro e espanhol, identifica-se como a presença da figura institucional rígida e hierárquica propicia a criação de um terreno para o adoecimento mental uma vez que há uma falta de atenção na resolução dos conflitos e no manejo dos riscos psicossociais inerentes a prestação de serviços a vítimas de violência contra a mulher.

Apesar das trabalhadoras tanto as profissionais brasileiras como as espanholas serem atravessadas pelos mesmos sentimentos e vivências na aproximação com as mulheres agredidas, há uma significativa diferença no reconhecimento dos riscos ocupacionais desta atividade e na adoção de práticas de autocuidado individual entre as profissionais brasileiras e espanholas. Foram constatados relatos das profissionais espanholas a respeito tanto do conhecimento e identificação das formas de adoecimento como *burnout* e transtorno do estresse secundário (Oliveira, 2015), como afirmações sobre a vivência individual destas psicopatologias. Este cenário não foi rastreado no contexto de pesquisa brasileiro.

Esta identificação dos riscos ocupacionais por parte das trabalhadoras espanholas faz com que estas busquem formas de desvelo com a própria saúde como a participação em processos psicoterapêuticos. Este distanciamento na forma de cuidar de si entre profissionais brasileiras e espanholas também se desenha em âmbito individual como será discutido a seguir.

O autocuidado exercido pelas pesquisadas na Espanha está alocado na prática de atividades físicas que é compreendida por elas como uma via de reconhecimento mais nítida dos problemas vivenciados, de fortalecimento e manutenção do ânimo ou mesmo de apreciação

do próprio exercício. A atividade física e o cuidado com o equilíbrio corpo-mente são ações características de um cuidado de si no âmbito individual (Gimena, Alonso, & Monzó, 2012; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013).

Além desta ação, as bases de autocuidado das profissionais espanholas estão fundamentadas na identificação e reconhecimento de suas experiências subjetivas que permitem um empoderamento pessoal e um melhor manejo na prestação de serviços com o público atendido e nas relações com outros agentes nos seus espaços de trabalho. Isto porque, através deste apoderamento de si, elas estabelecem limites, efetivam intervenções e respostas no contato com o público e os pares profissionais dentro de um espectro assertivo, ativo e seguro

Com isso, para preservar a saúde e minimizar os impactos decorrentes deste tipo de atividade, as profissionais espanholas recorrem a formas individuais de autocuidado que, por sua vez, é compreendido como um conjunto de ações e práticas voltadas para promoção da saúde e qualidade de vida exercida de forma individual ou coletiva (Correa, 2015).

Por sua vez, o autocuidado das trabalhadoras brasileiras está adstrito nas redes de apoio, constituída eminentemente pelos membros familiares, representados pela figura materna, filho e marido, e com pouco espaço de tempo disponível para o cuidado de si. Para as profissionais do Brasil, o ambiente familiar é a fonte de segurança e suporte de grande relevância para estas configurando um apoio social de grande impacto. Esta modalidade suportiva é compreendida como a fonte de relacionamento interpessoal que possibilita sentimentos de proteção e apoio gerando a sensação de ser reconhecido, cuidado e aceito, bem como o sustentáculo que condições para enfrentamento do estresse cotidiano ao receptor (Campos, 2016). Também compreende, como apontado por Ginés e Barbosa (2010), uma prática de autocuidado individual.

Em contrapartida, constata-se que as práticas de cuidado de si em âmbito individual como ter alimentação equilibrada, repouso, tempo livre e a prática de atividade física não são efetuadas pelas trabalhadoras brasileiras devido a sua inserção em vários papéis em seus ambientes familiares. Assim, este reconhecimento do apoio social dentro dos ambientes familiares e a indisponibilidade de tempo para o cuidado de si apontam para uma realidade de confinamento destas mulheres aos espaços privados e familiares e uma privatização do seu tempo e espaço no cuidado com as questões domésticas e/ ou com o outro. Este cenário aponta para a forte cultura machista e patriarcal brasileira que modela e aprisiona as mulheres em espaços e papéis sociais estanques e privados (Saffioti, 2011).

Este aprisionamento das participantes brasileiras se torna mais latente, ao comparar com os achados elencados sobre este mesmo aspecto para as trabalhadoras espanholas. Denota-se

que as participantes na Espanha detêm uma maior autonomia sobre seu tempo e espaço, de maneira que elas empreendem ações voltadas para si como a prática de atividades físicas e de reconhecimento de suas experiências subjetivas. Com isso, ao contrapor os resultados sobre o autocuidado entre Brasil e Espanha, compreende-se como questões socioculturais dinamizam e orientam as práticas de cuidado de si (Correa, 2015).

Por sua vez, a falta de conhecimento dos riscos ocupacionais envolvidos no exercício deste tipo de atividade e um concomitante afastamento das instituições no trato com a saúde das trabalhadoras brasileiras são questões dignas de nota e revelam uma conjunção de mais elementos adoecedores no contexto brasileiro do que no espanhol. Além disso, este quadro aponta como os profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher no Brasil não detêm uma formação integral tanto no que se refere ao cuidado de si mesmo como de conhecimento a respeito dos riscos ocupacionais intrínsecos a relações de ajuda (Oliveira, 2015).

Associado a esta questão desta insuficiência na formação destes profissionais em relação aos aspectos acima, também cabe assinalar como o aspecto cultural ainda exerce influência, dentro desta relação de atendimento. Um dos atravessamentos remete a questão machista que instila um papel materno de doação e desprendimento do cuidado de si nestas profissionais brasileiras, ao atender estas vítimas de violência. Esta inoculação faz com que o papel de cuidadora, um equivalente materno da presença de alguém significativo, (Oliveira, 2015), seja uma atividade exercida dentro de um espectro de desvelo ilimitado, tal como a figura materna dentro de sociedades machistas, que priorizam o acolhimento e/ou a resolutividade das demandas do outro (Castañeda, 2006).

Outro ponto a ser destacado é a manipulação da subjetividade destas profissionais no Brasil, orquestrada por um mercado de trabalho afeito a flexibilização das garantias trabalhistas e um histórico escravocrata, que ocasiona o empenho e dedicação destas trabalhadoras às expensas da própria saúde, tendo em vista a necessidade de manutenção do próprio emprego (Heloani & Barreto, 2015). Esta situação ganha tonalidades mais marcantes, quando esta atividade se inscreve em um contexto de hierarquias valorativas na atualidade, caracterizada pela negação do reconhecimento de atividades não-produtivas como as voltadas para assistência, cuidado e ajuda (Mendonça, 2016).

Com isso, compreende-se que questões de ordem social, econômica e cultural delimitam as ações de autocuidado promovidas pelas trabalhadoras brasileiras e espanholas o que se alinha com as observações de Arenas-Monreal, Jasso-Arenas e Campos-Navarro (2011) de que estas condições direcionam os tipos de práticas de cuidado de si.

Assim, esta articulação confrontativa entre as classes dos dois dendogramas demonstra como a atividade de atendimento a vítimas de violência evoca uma forte mobilização emocional para as pesquisadas no Brasil e Espanha. Além disso, indica como estas profissionais estão atravessadas por dificuldades de ordem institucional que geram contextos de conflitos, de violência e prejuízos na saúde destas profissionais. Por sua vez, o sistema machista e patriarcal demarca, de maneira flagrante os espaços, atitudes e tempo da trabalhadora brasileira no tocante as práticas de autocuidado individual. Porém, nesta altura da discussão, cabe assinalar que as trabalhadoras espanholas também estão imersas nesta mesma engrenagem de machismo e patriarcalismo cujas expressões se diferenciam da brasileira pois, é marcado pela sutileza, imprecisão e pela atuação em nível micro.

Considerações Finais

A composição cotejada nesta proposta indica para semelhanças entre profissionais brasileiras e espanholas no tocante a mobilização emocional diante dos casos atendidos e na vivência de conflitos, relações violentas e adoecedoras em razão de estruturas hierárquicas rígidas que não atentam para os riscos inerentes a atividade de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. Por outro lado, constata-se que estas aproximações também estão presentes, ao detectar que os obstáculos de atuação profissional das trabalhadoras brasileiras estão localizados, principalmente, em condições estruturais de trabalho, enquanto que as profissionais espanholas estão mais expostas a uma lógica de precarização de trabalho caracterizada pela sobrecarga de trabalho, longas jornadas e baixas remunerações.

O distanciamento se corporifica ao atentar para as questões de autocuidado. Observa-se que as participantes na Espanha reconhecem os riscos inerentes a atividade e buscam ações de cuidado de si individual balizadas no empoderamento de suas experiências subjetivas e de atividades voltadas para o seu bem-estar. Por outro lado, as pesquisadas no Brasil não reconhecem os prejuízos causados pela prática desta atividade devido à falta de uma formação profissional voltada para a atenção com a saúde no exercício das relações de ajuda. Este cenário também é determinado por fatores socioculturais e de características do mercado de trabalho brasileira que fazem com que estas realizem suas atividades de assistência às custas da própria saúde. Além disso, as práticas de autocuidado pessoal destas trabalhadoras estão determinadas pelo confinamento em espaços familiares e pela ausência de tempo e espaço para práticas individuais e privativas de cuidado de si.

Assim, esta investigação representa um desvelamento das experiências subjetivas dos trabalhadores envolvidos no atendimento de vítimas de violência e das dificuldades institucionais enfrentadas por estas profissionais que fomentam relações violentas e limitam o

espectro de assistência as usuárias assistidas. Associada a questão, este estudo demonstra como as pesquisadas dos dois países estão desprovidas de autocuidado institucional. Por outro lado, revela como o machismo demarca um distanciamento nas práticas de autocuidado individual entre trabalhadoras brasileiras e espanholas deste ofício.

Também direciona para a importância da temática de autocuidado na formação dos profissionais desta área e reflete como aspectos socioculturais e de mercado laboral são potenciais modeladores das práticas de cuidado de si. Esta constatação corrobora os apontamentos de Correa (2015) a respeito da influência de questões socioculturais e econômicas nas práticas de autocuidado.

Com isso, tendo como base as semelhanças e diferenças encontradas neste estudo transcultural, torna-se fundamental refletir e compreender a dinâmica e as características da figura institucional nos ambientes de atendimento a vítimas de violência contra a mulher que, de maneira indireta, expõe as trabalhadoras a uma lógica de precarização do trabalho e as situa em contextos conflituosos, violentos e de dificuldades na prestação dos serviços. Esta compreensão também se estende sobre as práticas de autocuidado pois, os esforços meramente individuais das profissionais brasileiras e espanholas em cuidar da sua saúde indica que os agentes institucionais estão distantes de cumprir os seguintes papéis de manutenção da saúde da equipe profissional e dos seus membros: abordagem dos conflitos e para o reforço das práticas de autocuidado pessoal, de atenção à saúde dos profissionais através da educação e monitoramento de sinais de traumatização vicária, estresse traumático secundário, *burnout* e nos indícios de assédio na equipe (Sansbury, Graves, & Scott, 2015). Dentro deste nível de atenção com a saúde destas trabalhadoras, recomenda-se que os programas de autocuidado atentem para questões sociais, econômicas e culturais em que estas profissionais estão inseridas.

Além disso, é de suma importância que a temática de autocuidado esteja presente na formação profissional destas prestadoras de serviço, e constitua uma via de prevenção do adoecimento do futuro profissional (Cantera & Cantera, 2014). Por fim, esta investigação também aponta para a necessidade do fortalecimento e articulação de diferentes atores públicos e privados, institucionais ou não, no tocante à desconstrução da forte cultura machista que limita o espaço, o tempo e a subjetividade da mulher brasileira e espanhola.

Referências

- Arenas-Monreal, L.; Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, v.18, n.4, p.42-48, 2011.
<https://doi.org/10.1177/1757975911422960>

- BRASIL. *Lei n.11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal ... e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM (2011) *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pactonacional>.
- Camargo, B.V., & Justo, A.M. (2013). *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Campos, C.H. de (2015). Desafios na implementação da lei Maria da Penha. *Revista Direito Gv*, 11 (2), 391-406. <http://dx.doi.org/10.1590/1808-2432201517>
- Campos, E.P. (2016). *Quem cuida do cuidador? Uma proposta para profissionais de saúde*. 2ª ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom.
- Cantera, L.M., & Cantera, F.M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). Preventing the pain” when working with family and sexual violence in primary care. *International journal of family medicine*. 1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/198578>
- Correa, O.T. (2015). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. *Hacia la promocion de la salud*, 8(1), 38-50. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33538149/EL_AUTOCUIDADO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523484916&Signature=YW07G7pVFvMVQjkwFaQp3yg2F%2BU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEI_AUTOCUIDADO.pdf
- Freitas, M.E. de Heloani, R., & Barreto, M. (2008). *Assédio moral no trabalho*. São Paulo, SP: Cengage Learning.
- Gimena, M.M.R., Alonso, E.P., & Monzó, L.M. (2012). *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención a la violencia de pareja hacia las Mujeres*. Agência Laín Entrago. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142695400469&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

- Ginés, Ó., & Barbosa, E.C. (2010). Cuidados con el equipo cuidador Cuidados com a equipe de atendimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 1(2-3), 297-313. Recuperado de http://www.conexus.cat/admin/files/documents/14_CuidadosEquipoProfesionalViolenciaTrauma_OriolGines.pdf
- Gomà-Rodríguez, I., Cantera, L.M., & Silva, J.P. da (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 17(1). Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1058/740>
- Heloani, R., & Barreto, M. (2015) Trabalhadores “transformers” e flexibilização. Onde entra o assédio moral? In: Tolfo, S. da R., & Oliveira, R. T. de. *Assédio Moral no Trabalho: Características e Intervenções*. Florianópolis: Lagoa.
- Holguín, M.R., & Velázquez, T. (2015). *Trabajo con personas afectadas por violencia política: salud mental comunitaria y consejería*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado, Maestría en Psicología Comunitaria. Recuperado de https://issuu.com/huverferia/docs/trabajo_con_personas_afectadas_con
- Howlett, S.L., & Collins, A. (2014). Vicarious traumatisation: risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180-190. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10520/EJC153403>
- Jefatura del Estado, Gobierno de España (2004). *Ley de protección contra la violencia de género* 1/2004. *Boe* (pp. 42166–42197). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Jiménez, B.M., Benadero, M.E.M., Novoa, M.M.L., Carvajal, R.R., & Hernández, E.G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/785/78522108/>
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J.L., & Herman-Smith, R.L. (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2), 114-130. Recuperado de <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.5243/jsswr.2013.8>
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. <https://doi.org/10.1177/0739986315578842>
- Mendonça, R.F.(2016) Reconhecimento, desigualdades e capitalismo. In: MIGUEL, L.F. (Org.) *Desigualdades e Democracia*.(pp. 289-320) São Paulo: Unesp.

- Muñoz, M.T., & Lucero, B. (2008). Estrategias de autocuidado en el personal de un centro de protección simple. *Psicología y Salud*, 18 (1), 123-127. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/683/0>
- Nascimento, S.D. (2014). Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. *Temporalis*, 14(28), 39-56. [doi:https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n28p39-56](https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n28p39-56).
- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. (2010). *Condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal*. Salvador: 2010 Recuperado de: <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/leimaria-da-penha/20110107-relatorio-final-2010.pdf>.
- OBSERVE - OBSERVATÓRIO PELA APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA. (2011). *Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais: Belém, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e o Distrito Federal*. Relatório de pesquisa. Salvador. Recuperado de [http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes\[1\]%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes[1]%20(1).pdf).
- Oliveira, R.M. K. de. (2015) *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. 3ª ed. São Leopoldo: Sinodal.
- O'Halloran, M.S., & O'Halloran, T. (2001). Secondary traumatic stress in the classroom: Ameliorating stress in graduate students. *Teaching of Psychology*, 28(2), 92-97. https://doi.org/10.1207/S15328023TOP2802_03
- Penso, M.A., Almeida, T.M.C. de, Brasil, K.C.T., Barros, C.A. de, & Brandão, P.L. (2010). O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas em Psicologia*, 18(1), 137-152. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100012&lng=pt.
- Saffioti, H. (2011). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo, Coleção Brasil Urge.
- Sansbury, B.S., Graves, K, & Scott, W. (2015). Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma*, 17(2), 114-122. <https://doi.org/10.1177/1460408614551978>
- Sepúlveda, K.H., Maleš, P.J., & San Martín, M.M. (2014). Manual de Orientación para la Reflexividad y el

Autocuidado, Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>.

Uribe, T.M. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Rev Investig Educ Enferm*, 17(2), 108-119. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10495/4792>

Vieira, E.M., & Hasse, M. (2017). Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 52-62. DOI: [10.1590/1807-57622015.0357](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357)

COMENTÁRIOS FINAIS

O objetivo do trabalho foi investigar o assédio moral no trabalho e a saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher, um esforço que se materializou em descrever as práticas de assédio moral no trabalho, retratar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelos participantes em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional, através de sete estudos em forma de artigos.

Desta forma, o **Capítulo 1** fez um detalhamento sobre riscos ocupacionais inerentes ao exercício da atividade de atendimento a vítimas de violência, o concomitante aparecimento das relações violentas nestes ambientes laborais e como o autocuidado, em diferentes níveis, emerge como uma ferramenta preventiva frente ao adoecimento e a violência nestes locais. Dentre deste contexto, a figura estatal se torna um agente de promoção da vulnerabilidade destes profissionais quando, dentro de uma proposta de atuação neoliberal, direciona pouca ou nenhuma atenção à saúde destes trabalhadores.

No **Capítulo 2**, foi realizada uma revisão sistemática com o intuito de investigar de que maneira as formas características de adoecimento e autocuidado em profissionais da assistência a vítimas de violência vêm sendo exploradas no campo científico. Os resultados apontaram que há produções direcionadas para a mensuração de formas de adoecimento, prejuízos na vida pessoal e profissional decorrentes do exercício da atividade da assistência a alvos de violência e o delineamento de aspectos de risco e proteção para o *burnout* e o transtorno de estresse secundário. No entanto, observa-se que há lacunas teóricas nos estudos sobre a saúde destes profissionais e isto pode ser preenchido através da elaboração de novas construções voltadas para a identificação dos fatores que facilitam e dificultam o cuidado de si destes trabalhadores. Dentro desta proposta, é importante que estas construções atentem para os aspectos sociais,

econômicos e culturais que alicerçam os cenários de adoecimento laboral e de autocuidado destes trabalhadores. Assim, estes escritos podem servir como balizadores práticos de preservação e cuidado com a saúde destes profissionais.

No **Capítulo 3**, o intento foi verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual, profissional, coletivo e institucional efetivadas por 12 profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher em Aracaju e interior de Sergipe. Esta composição apontou como o gênero e a dinâmica patriarcal e machista delimitam os espaços de autocuidado individual destas mulheres em ambientes familiares, restringem a ampliação dos laços sociais dentro das esferas públicas e privatizam o tempo destas participantes no cuidado com o outro em detrimento da atenção com a própria saúde. Já, nos níveis, profissional, coletivo e institucional, identifica-se que as participantes deste estudo estão desprovidas de medidas de atenção à saúde laboral nestes níveis e assim, são necessárias iniciativas informais de proteção e cuidado promovidas pelos membros da própria equipe. Além disso, percebe-se como o profissional de psicologia encontra dificuldades em delimitar, reconhecer e afirmar seu papel profissional na área de assistência social. Deste modo, aponta-se para a relevância significativa de determinantes sociais, históricos, culturais, econômicos e sociais na determinação das formas de autocuidado, a necessidade de ampliação, fortalecimento e releitura do tempo, espaço e corpo feminino pelos movimentos feministas e o revigoramento das pautas de sustentação de políticas públicas.

Por sua vez, o **Capítulo 4** se debruçou em descrever o assédio moral vivenciada pelas 12 participantes mencionadas no estudo acima. Neste, foram constatados que as participantes vivenciam práticas de desvalorização, difamação e intimidação que ocorrem em diferentes circunstâncias da dinâmica laboral exercidas de forma predominante pelos superiores hierárquicos. Estas condutas ocasionam consequências para a saúde física, mental e, principalmente, para a motivação das trabalhadoras. Assim, diante dos achados, torna-se

fundamental que sejam construídos programas ou políticas públicas direcionados para a prevenção destas condutas violentas nestes espaços, assim como mecanismos de intervenção para os espaços com o assédio instalado. Aliado a estas propostas, a promoção de encontros para discutir as demandas atendidas e as relações laborais seriam eixos importantes de minimização para o aparecimento desta prática violenta.

Já o **Capítulo 5** foi na direção de descrever as condições de trabalho, investigar a experiência de atendimento a mulheres vítimas de violência e observar as práticas de autocuidado exercidas pelo grupo profissional em níveis pessoal, profissional, coletivo e institucional com o mesmo público mencionado nos estudos anteriores. Os resultados indicaram que as participantes estão expostas a condições de trabalho precárias, a relações laborais assediadoras, são perpassadas por sentimentos de angústia, impotência e frustração ao se aproximar das demandas atendidas, a um contexto de trabalho com nenhum autocuidado institucional e com poucos momentos de autocuidado pessoal que fazem com que estas sejam encarregadas de criar artifícios e mecanismos próprios para lidar com esta conjuntura. Com isso, estes achados demonstram a necessidade de debater a condição da mulher dentro do mercado de trabalho, implementar programas voltados para a saúde do trabalhador e atentar para as pautas reivindicatórias apresentadas pelos movimentos sociais de defesa do sistema de políticas públicas.

No **Capítulo 6**, construído com os mesmos objetivos do antecedente, a investigação foi empreendida em associações públicas e privadas de Barcelona e regiões vizinhas com 10 profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher. Os achados apontam que as trabalhadoras espanholas estão sujeitas a precarização do trabalho, a relação laboral violenta ou conflituosa e a vivência de sentimentos de impotência e frustração que podem maximizar os riscos de adoecimento nesta população pesquisada. Porém, o reconhecimento dos riscos envolvidos nesta atividade faz com que elas invistam em seu autocuidado individual através da

participação em psicoterapia e/ou empoderamento de si. Deste modo, denota-se que a necessidade da instituição em abordar os conflitos, reforçar as práticas de autocuidado através de ações de monitoramento das formas de adoecimento, da importância da plena implementação dos programas de autocuidado vigentes e da atenção para as questões sociais, econômicas e culturais na elaboração dos novos.

Por fim, o **Capítulo 7** traz a proposta de tecer uma construção comparativa oriunda de uma pesquisa transcultural realizada no Brasil e no Espanha. Os apontamentos desta composição se direcionam para proximidades nas vivências das pesquisadas acerca de condições de trabalho precárias, na exposição a circunstâncias laborais assediadoras, a ausência de autocuidado institucional e na experiência de atendimento a vítimas de violência contra a mulher. No entanto, são reconhecidas disparidades no tocante a identificação dos riscos ocupacionais inerentes a atividades entre brasileiras e espanholas, assim como nas formas de autocuidado individual. Com isso, mediante estas aproximações e distanciamentos entre culturas diferentes, torna-se fundamental que a temática de autocuidado esteja incluída na formação profissional destas trabalhadoras, refletir e entender a dinâmica institucional destes ambientes de atendimento e o cumprimento das funções de autocuidado com estas trabalhadoras por parte dos agentes institucionais.

Deste modo, entende-se que, através do alinhamento das contribuições elencadas nos sete capítulos, determinados fatores sociais, econômicos e culturais mergulham estas trabalhadoras em uma esfera de maximização de riscos ocupacionais e trazem implicações negativas para propostas de cuidado com a saúde destas profissionais. Estes aspectos impeditivos de uma efetiva promoção da saúde destas trabalhadoras estão localizados no sistema sócio-cultural patriarcal e machista e nos ditames da lógica capitalista neoliberal de distanciamento no cuidado com os equipamentos e trabalhadores dos sistemas públicos.

Com isso, a conjuntura econômica assinalada enquadra estas trabalhadoras brasileiras e espanholas em situações laborais precárias, de promoção de iniciativas em equipe de atenção para a saúde dos membros e de resolução de conflitos em razão da falta de autocuidado institucional, de riscos de adoecimento ou de emergência de doenças ocupacionais devido a falta ou da efetiva implementação de programas de autocuidado. Por outro lado, uma forte cultura machista e patriarcal no Brasil limita as condições de autocuidado individual das participantes deste estudo ao observar que o espaço e o tempo estão prioritariamente dedicados para o cuidado com o outro.

Porém, cabe pontuar que as trabalhadoras espanholas também estão sujeitas a mesma engrenagem machista e patriarcal que se manifesta, de maneira sutil, por meio dos micromachismos e invisibilidade dos atos. Também cabe assinalar que, dentro das especificidades de cada capítulo apresentado, a contaminação temática, um dos efeitos na saúde dos profissionais devido a escuta das histórias de violência, não perfaz a total explicação seja para os indícios de adoecimento encontrados, seja para interações laborais agressivas detectadas.

Assim, seja por razões econômicas e/ou culturais, as pesquisadas estão desprovidas, em menor ou maior grau, da devida atenção à saúde em nível individual, grupal, profissional e institucional o que pode trazer implicações para a qualidade do atendimento prestado, as relações laborais estabelecidas nestes espaços, as interações empreendidas com outras pessoas (familiares, amigos, etc.) em ambientes extralaborais e, principalmente, a saúde física e mental destas profissionais.

Mediante estas considerações traçadas pela condensação dos achados expostos nestes capítulos, torna-se imprescindível a proposição de políticas públicas, programas, ações ou legislação específica que contemplem as seguintes questões no tocante à saúde dos trabalhadores da área de assistência a vítimas de violência:

- 1) A obrigatoriedade da inclusão da temática autocuidado nos currículos de graduação e pós-graduação de cursos de saúde, assistência social, psicologia e direito;
- 2) A criação de espaços específicos supervisionados, durante os estágios curriculares, direcionado para atenção e monitoramento da saúde dos discentes, principalmente, em circunstâncias de atendimento a vítimas de violência;
- 3) Ampliação e sistematização dos materiais teóricos e práticos voltados para a temática de autocuidado;
- 4) Estimular a autoconsciência, o reconhecimento e apropriação do mundo interno por parte dos citados profissionais em formação;
- 5) Elaborar instrumentos específicos de mensuração e coleta de dados a respeito das demandas e os riscos inerentes a atividade de assistência a vítimas de violência contemplando as particularidades locais, regionais, culturais e econômicas do ambiente investigado;
- 6) Estimular a criação de grupos de estudo, fóruns de debate, eventos e outras formas de organização que fomentem a discussão sobre a temática do autocuidado;
- 7) Efetivar os programas de formação e capacitação de forma plena e continuada destes trabalhadores;
- 8) Incluir o autocuidado na formação e capacitação contínua destes profissionais;
- 9) Prover assistência integral de alimentação, transporte, saúde e educação por parte dos agentes institucionais aos trabalhadores deste setor;

10) Estabelecer e disponibilizar condições físicas de trabalho física no tocante a quantidade suficiente de recursos físicos, materiais e humanos, segurança patrimonial, acústica dos locais de atendimento e conforto térmico;

11) Efetivar e garantir remunerações adequadas, menor carga de trabalho e uma maior flexibilidade para repousos semanais e férias para os profissionais em questão;

12) Traçar estratégias de articulação entre os programas voltados para a assistência de vítimas contra a mulher e as ações direcionadas para a saúde destes trabalhadores;

13) Implementar programas de autocuidado nos diferentes níveis da assistência a vítimas de violência contra a mulher;

14) Disponibilizar ouvidorias ou agentes equivalentes para fins de recebimento de denúncias de assédio e condições precárias de trabalho dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher;

15) Instigar a criação de comissões específicas voltadas, especificamente, para a apuração da qualidade das condições de trabalho e da saúde dos profissionais da rede de assistência a vítimas contra a mulher;

16) Elaborar medidas e garantias sociais compensatórias de cunho obrigatório (aposentadoria especial, adicionais remuneratórios específicos, menor carga horária de trabalho e maior flexibilidade para férias e repouso semanal) a estes trabalhadores;

17) Suscitar a elaboração de convenções ou pactos, em nível nacional e internacional, de sustentação de trabalho decente, conforme preconizado pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) para os trabalhadores desta área.

No entanto, as ações listadas acima estão diretamente vinculadas aos esforços sociais, políticos, econômicos e culturais para a devida elaboração e implementação. Cuidar da saúde deste profissional é algo que extrapola fronteiras e países. É colocar em pauta como o avanço do capitalismo no formato neoliberal, em nível mundial e o concomitante esfacelamento das políticas públicas atingem, de forma prejudicial, a saúde destes profissionais, dado o afastamento dos agentes institucionais públicos no cuidado e atenção com os equipamentos sociais e coletivos e seus membros profissionais.

Assim, apesar da crescente individualização das sociedades modernas, é fundamental que os espaços coletivos de discussão sejam revigorados, fortalecidos e ampliados, seja através de parcerias públicas ou mistas, de maneira que o sistema de políticas públicas seja ponto de pautas reivindicatórias no tocante a sua existência, manutenção e aprimoramento. Dentro desta discussão, torna-se fundamental atentar para os interesses econômicos privados fomentados pelo neoliberalismo, principalmente, nas áreas da saúde, assistência social e educação.

Dentro de uma outra vertente, este estudo alerta para a condição da mulher trabalhadora que está mais exposta a precarização laboral, a falta de tempo e espaço para cuidado de si e a um aprisionamento familiar que dificulta a ampliação das relações sociais nos espaços públicos. Deste modo, apesar dos avanços promovidos pelos movimentos feministas, cabe uma constante releitura crítica desta mulher trabalhadora moderna imersa em um mercado de trabalho que faz uso desmedido desta força de trabalho barata e de um sistema cultural que impõe e legitima, através da ação de diferentes atores (escola, família, religião, etc.) o desprendimento do tempo, espaço e corpo feminino para o exercício do papel de cuidadora.

Com isso, abordar assédio moral e autocuidado das profissionais de assistência a vítimas de violência contra a mulher é amplificar o olhar sobre as intempéries sociais, culturais, políticas e econômicas que ordenam e modelam contextos laborais propícios para a violência e

o adoecimento, assim como para a localização da mulher dentro do mercado de trabalho na atualidade.

ANEXOS/APÊNDICES

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Este documento contém informações de caráter confidencial e não deve ser divulgado externamente.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista dos Estudos 3, 4 e 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
NOME:
IDADE
ESCOLARIDADE
ESTADO CIVIL+ (Anos de relacionamento)
FILHOS (AS)
COM QUEM VOCÊ CONVIVE ATUALMENTE?

TRAJETÓRIA DE TRABALHO

1. Experiências de Trabalho

1.1. Onde você trabalhou anteriormente?

1.2. Descrição do local de trabalho atual (estrutura física)

1.2.1. Funções e responsabilidades

1.2.2. Tipo de instituição

1.2.3. Condições de trabalho (carga horária, férias)

1.3. Experiências de atenção a pessoas em situação de violência

1.3.1. Quanto tempo faz que trabalha com violência?

1.3.2. Por que e como começou a trabalhar com violência?

1.3.3. Como se sente com o trabalho que desempenha?

2.AFIRMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA DE GÊNERO

2.1. O que é violência para você?

2.2. O que é violência de gênero para você?

2.3. Normalmente a quem se direciona a violência de gênero?

TRABALHO COM A VIOLÊNCIA: SAÚDE E VIDA COTIDIANA

3. REPERCUSSÕES DO TRABALHO COM A VIOLÊNCIA NA VIDA PESSOAL E NAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

3.1.Quais são as consequências físicas deste trabalho com violência?

3.2. Quais são as consequências psicológicas deste trabalho com violência?

3.3. Quais são as consequências comportamentais deste trabalho com violência?

4. MEDIDAS DE CUIDADO EM NÍVEL: PESSOAL, PROFISSIONAL, COLETIVO E INSTITUCIONAL

4.1. Fale-me como você cuida da sua saúde.

4.1.1. Como são os seus hábitos alimentares diários (frequência, número de refeições, quantidade)?

4.1.2. Tem alguma dificuldade para alimentar-se? Se sim, o que faz para melhorar?

4.1.3. Sobre sua ingestão de líquidos, como ela se dá diariamente (frequência, quantidade, tipo)?

4.1.4. Tem alguma dificuldade para ingerir líquidos? Se sim, o que faz para melhorar?

4.1.5. Qual é a importância dos cuidados com a alimentação e a ingestão de líquidos para a sua prática profissional?

4.2. Fale-me dos momentos de repouso

4.2.1. Qual é a quantidade de horas que você repousa por dia (Tipos de repouso, características, frequência)?

4.2.2. Como é o seu sono? Tem alguma dificuldade?

4.3. Você realiza atividade física? Se positivo, quais e com que frequência?

4.4. Qual é a importância da atividade física e do repouso para a sua prática profissional?

4.5. Você tem alguma doença crônica? Se sim, o que você faz para cuidar desta enfermidade?

4.6. O que você faz e/ou evita para prevenir riscos à sua saúde?

4.7. Como anda a sua autoestima?

4.8. Como anda a sua autoimagem?

4.9. O que você faz pessoalmente para se sentir bem?

4.10. Quando você tem problema, o que faz, normalmente, para amenizá-lo?

4.11. O que você faz durante o seu tempo livre?

4.12. Apoio social e no trabalho (que tipo de apoio: por exemplo: rede social e rede profissional, amizade, terapia profissional)

4.12.1. Como é a sua vida familiar? O que te faz bem ao estar com sua família?

4.12.2. Como é a sua vida com os seus amigos? O que te faz bem ao estar com seus amigos?

4.12.3. Como é a sua rede profissional? Como você se sente nesta rede?

4.12.4. Qual é a importância da participação destes grupos em sua prática profissional?

4.13. Você frequenta supervisão e/ou psicoterapia?

4.14. Fale-me como você se sente em relação ao seu papel profissional como.... dentro da equipe profissional.

4.14.1. O seu trabalho é reconhecido dentro da equipe profissional? Como?

4.14.2. Você percebe que seu papel como... faz diferença no desenvolvimento das atividades de atendimento da equipe? Como?

4.14.3. Existem dificuldades para a sua prática como___? Quais?

4.14.4. Como você lida com estas dificuldades?

4.15. Os profissionais da instituição costumam promover encontros informais dentro ou fora do trabalho? Quais?

4.16. Quais ações que são desenvolvidas pela instituição para melhorar a saúde/bem-estar dos trabalhadores?

5. CONHECE O CONCEITO DE AUTOCUIDADO

5.1. Se sim, como você o define e quais são as estratégias?

5.2. Se não, o que pensa que seja e quais seriam as estratégias?

6. CONFLITO E TRABALHO

6.1. Quais são os tipos de conflitos no trabalho que você tem lidado (no trabalho com a violência)?

6.2. De que forma os conflitos têm afetado a execução do seu trabalho?

6.3. Quais são as ações realizadas pela instituição para solucionar os conflitos?

6.4. Quais são as ações pessoais desenvolvidas para resolver um conflito?

6.5. De que forma as emoções mobilizadas no exercício da sua atividade afetam as relações de trabalho?

VIOLÊNCIA E TRABALHO

7. ASSÉDIO MORAL E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

7.1. Você já presenciou/presencia ou tem conhecimento de casos de assédio moral em seu âmbito de trabalho? Quais são as formas de assédio moral no trabalho que você presenciou/presencia /tem conhecimento?

7.2. Quais são os ambientes/situações deste assédio moral do trabalho que você presencia/presenciou/tem conhecimento?

7.3. O que leva uma pessoa a reagir a uma situação de assédio moral?

- 7.4. O que leva uma pessoa a não reagir a uma situação de assédio moral?
- 7.5. Em quais situações você se sente/ se sentiu alvo de assédio moral em suas relações de trabalho?
- 7.6. Quando você percebeu que estava sendo alvo de assédio moral em seu trabalho?
- 7.7. Quais foram/são as práticas de assédio moral que você foi alvo em seu ambiente de trabalho?
- 7.8. Qual foi/é a frequência e quanto tempo durou/dura as situações de assédio moral?
- 7.9. Quem eram/são os envolvidos nas situações de assédio moral?
- 7.10. Você sabe qual foi/é o motivo do assédio?
- 7.11. Seus pares de trabalho passaram por situações semelhantes? Eles percebem/percebiam que você estava sendo alvo do assédio moral no trabalho? O que eles faziam/fazem diante desta situação?
- 7.12. Quais são as explicações atribuídas ao assédio moral praticado em seu ambiente de trabalho?
- 7.13. Quais foram/são as principais consequências do sofrimento das situações de assédio moral trouxe a você, em sua vida familiar, social e dentro do seu ambiente de trabalho (clima de trabalho, relações pessoais, tarefas, motivação)?
- 7.14. Quais foram/são as repercussões em sua saúde física/mental no período em que sofreu/sofre o assédio moral?
- 7.15. Você procurou/procura conversar com alguém sobre o assunto? Como? Por que?
- 7.16. O que representou/representa ir para o trabalho, no período em que você sofreu/sofre assédio moral
- 7.17. O problema foi solucionado ou persiste até hoje? Como?
- 7.18. Em quais situações você se sente autor (a) do assédio nas relações de trabalho?

Apêndice B – Roteiro de Entrevista do Estudo 6



Nº participante:

GUIÓN ENTREVISTA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

IDENTIFICADOR	
EDAD	
ESTUDIOS	
ESTADO CIVIL+ (Años relación)	
HIJOS/AS	
¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?	

TRAYECTORIA LABORAL

1. Experiencias laborales

a. Donde ha trabajado anteriormente

b. Descripción del lugar de trabajo actual

a. Funciones y responsabilidades

b. Tipo de institución

c. Condiciones laborales (horario, vacaciones)

c. Experiencias de atención a personas en situación de violencia

a. Cuanto tiempo hace que trabaja con violencia

b. Por qué y cómo empezó a trabajar con violencia

c. Como se siente con el trabajo que desempeña

AFIRMACIONES SOBRE VIOLENCIA

1. Idea sobre la violencia

a. Definición de la violencia

b. Te has sentido receptora o emisora de violencia en tu lugar de trabajo

2. Características de la violencia

a. Ámbitos posibles de violencia

b. Particularidades de la violencia (formas que puede adoptar la violencia)

3. Violencia de género

- a. Definición de violencia de género
- b. Dirección de la violencia contemplada

VIOLENCIA Y TRABAJO

1. Conflictos laborales

- a. Tipos de conflictos laborales con los que se ha encontrado (En el trabajo con violencia)

2. Identificación de acciones maltratantes

- a. Formas de violencia que ha podido reconocer en el ámbito laboral
- b. Explicación que le atribuye a la violencia que se produce en este ámbito
- c. Repercusión que tiene el tipo de trabajo y las condiciones laborales en la producción de conflictos/violencia

3. Formas de resolución de los desencuentros

- a. Acciones realizadas desde la institución para resolver los conflictos
- b. Acciones personales llevadas a cabo para resolver un conflicto

TRABAJO CON LA VIOLENCIA: SALUD Y VIDA COTIDIANA

1. Repercusiones del trabajo con la violencia en la vida personal y relacional-profesional

- a. Repercusiones físicas
- b. Repercusiones psicológicas
- c. Repercusiones conductuales

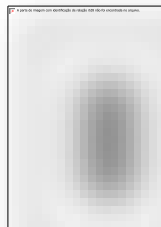
2. Repercusiones en la asistencia y/o atención directa

- a. Ideas en cómo afecta los conflictos laborales en la realización del trabajo

3. Medidas de cuidado a nivel: personal e institucional

- a. Acciones que se emprenden desde la institución para mejorar la salud/bienestar de los trabajadores
- b. Que hace personalmente para sentirse bien
- c. Cuándo tienes un problema qué haces, usualmente, para estar mejor
- d. Qué hace durante su tiempo libre
- e. Soporte social y laboral (qué tipo de soporte: p.ej.: red social y red profesional, amistad, terapia profesional)
- f. Conoces el concepto autocuidado
 - a. Si sí, cómo lo defines y cuáles son las estrategias
 - b. Si no, qué te imaginas que es y desde ahí cuáles serían las estrategias

CIERRE DE LA ENTREVISTA

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Convido você a participar desta pesquisa que investigará o assédio moral no trabalho, e a saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher. O roteiro de entrevista a ser aplicado é composto por questões sobre dados sociodemográficos, trajetória de trabalho, afirmações violência e gênero, saúde e vida cotidiana dos profissionais no trabalho, repercussões do trabalho com a violência na vida pessoal e nas relações profissionais, medidas de cuidado em nível: pessoal, profissional, coletivo e institucional, conflito e trabalho, assédio moral e saúde dos profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher e noções sobre autocuidado.

Sendo acordada a sua participação, é importante que você saiba:

- A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar, não havendo problemas quanto a isso;
- Retirada do Consentimento: O voluntário (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário;
- Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro, no processo judicial ou privilégio particular por estar participando, como também não se utiliza de procedimentos invasivos ou que promovam mal-estar pela cessão das informações pretendidas;

- Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília/DF.
- Riscos: O voluntário não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas na entrevista caso ela seja privativa ou gere desconforto, constrangimento ou mal-estar em falar.
- Os benefícios relacionados a sua colaboração com esta pesquisa remetem à construção de ferramentas e recursos preventivos da ocorrência do assédio no trabalho da assistência a vítimas de violência contra a mulher proporcionando um contexto e relações de trabalho mais saudáveis e a identificação dos tipos de estratégias promotoras e preventivas de saúde voltadas para este público profissional.
- Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.
- Somente o pesquisador terá acesso aos questionários respondidos;
- Serão fornecidos o telefone e o endereço de e-mail ((79) 99885-7800/psimulti@gmail.com/) para que você entre em contato caso tenha alguma dúvida ou questão a esclarecer sobre a pesquisa;
- É interessante guardar esta via do documento para eventuais consultas quanto aos objetivos da pesquisa e para estabelecer contato com o pesquisador. Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa através do contato fornecido;

Local e data: XXXX - SE, ____ de _____ de _____.

Concordo em participar da pesquisa acima referida, estando ciente dos seus objetivos e possibilidades que me foram esclarecidas.

Karine David Andrade Santos
Psicóloga CRP-19/2460

Participante